قياس الصحة

عرض لمقاييس جودة الحياة

قيـاس الصحة

عرض لمقاييس جودة الحياة

تأليف
آن بولنج

ترجمة
أ. د. حسين حشمت

مجموعة النيل العربية

English Edition Copyrights :

حقوق الطبعة الإنجليزية :

OPEN UNIVERSITY PRESS

Measuring Health
A review of quality of life measurement scales
By Ann Bowling

I.S.B.N. Open University Press: 0 – 335 – 21527 – 0
I.S.B.N. Arab Nile Group: 977 – 377 – 061– 3

حقوق الطبعة العربية :

عنوان الكتاب: قياس الصحة عرض لمقاييس جودة الحياة
تأليف: آن لويس – برام نوروويتش
ترجمة: بهاء شاهين
رقم الإيداع: 9449
الترقيم الدولي: 3 – 061 – 377 – 977
الطبعة: الأولى
سنة النشر: 2008
الناشر: **مجموعة النيل العربية**
العنوان: ص.ب: 4051 الحي السابع
مدينة نصر 11727 القاهرة – ج.م.ع
التليفون: 26717134 – 00202/26717135
الفاكس: 00202/26717135
بريد إلكتروني: e-mail: info@arabnilegroup.com
e-mail: sales@arabnilegroup.com
e-mail: arab_nile_group@hotmail.com
الموقع الإلكتروني: www.arabnilegroup.com

بولنج، آن.
قياس الصحة: عرض لمقاييس جودة الحياة/ تأليف آن بولنج؛ ترجمة حسين حشمت.- ط1. – القاهرة: مجموعة النيل العربية، 2007.
465ص؛ 24سم.
تدمك 3- 061-377-977
1- الصحة العامة 614
أ – حشمت، حسين (مترجم)
ب- العنوان

تنويه 1 :

لقد تم بذل أقصى جهد ممكن لضمان احتواء المادة المترجمة لهذا الكتاب على معلومات دقيقة ومحدثة. ومع هذا، لا يتحمل الناشر "مجموعة النيل العربية" أية مسئولية قانونية فيما يخص محتوى الكتاب أو عدم وفائه باحتياجات القارئ كما أنه لا يتحمل أية مسئولية أو خسائر أو مطالبات متعلقة بالنتائج المترتبة على قراءة أو استخدام هذا الكتاب.

تنويه 2 :

إن مادة هذا الكتاب والأفكار المطروحة به تعبر فقط عن رأي الكاتب أو المؤلف لهذا الكتاب، ولا تعبر بالضرورة عن رأي الناشر.

المحتوى

3 قياس القدرة الوظيفية

4 قياس الحالة الصحية الأوسع

5 قياس الرفاهة النفسية

6 قياس الشبكات الاجتماعية والدعم الاجتماعي

7 قياس أبعاد الرفاهة الشخصية

8 قياسات نوعية الحياة الأوسع

مقدمة الطبعة المنقحة

استمر الاهتمام في تقييم الرعاية الصحية المعتمد على المريض منذ نشر طبعتي قياس الصحة الأول. أسست هذه الطبعة الثالثة على دراسات مكثفة من مواقع الإنترنت لقياس المقاييس، كذلك البحث في Medline و Psychinfo. لا يعتبر اشتمال كتاب من هذا الحجم إجراءً عمليًا على كل الدراسات المنشورة المستخدمة مقياسًا خاصًا. وقد أمدت الأبحاث المنشورة في المراجع بالمعلومات عن الخصائص النفسية لجهاز أو تطبيق القياس على مجموعة سكان مختلفة.

استمر معظم الباحثين عن قياس الصحة المرتبطة بنوعية الحياة للكبار في استخدام مقاييس الحالة الصحية الأوسع كقياسات تفويضية، مع من يبرر ذلك لمجالاتهم المتداخلة. لكن مع الأخذ في الاعتبار الاهتمام المتزايد في توضيح المفهوم، وقياس نوعية الحياة الأوسع: هناك فصل إضافي عن هذه القياسات تم إضافته إلى هذه الطبعة. تم إضافة قياسات إضافية وشهيرة من الوظائف، القلق، قناعة الحياة والرفاهة والحالة الصحية الأوسع وذلك إلى الفصول الباقية.

سيلاحظ القارئ إضافات كمؤشر كورنل الطبي، على الرغم من انسحابه. ذلك كتسجيل تاريخي، كما أن مالكيه لم يقوموا بمراجعته وتحديثه وإعادة نشره ومازالت الاستفسارات عنه مستمرة. أحد المقاييس التي أزيلت، هو مقياس أعراض القلق والاكتئاب (SAD). والسبب هو أنه على الرغم من شهرته في المملكة المتحدة مع الكبار، إلا أنه لا يستخدم كجهاز بمفرده، ويستخدم في الولايات المتحدة الأمريكية مع مقياس فرعي عن القلق SCL-90 (DSSI/sAD) (Bedford et al. 1976 ؛ Bedford and Deary 1997).

بينما يشتمل هذا المُجلد على انتقاء واسع من المقاييس للقياسات الخاصة بالجنس والجمال، هناك حذف محتم. مثال، المقاييس المختلفة للضغوط والقدرات فقد حذفت (بعض التعديلات ومقاييس التغلب على المشكلات تمت مراجعتها في كتاب Bowling (2001) Measuring Disease قياس المرض). هذه منطقة معقدة وعلى المهتمين مراجعة دراسات Kasl and Cooper(1987) و Cooper and Kasl (1995) Meas et al. (1987) فنوصي بالبحث الإلكتروني عن المعلومات الحديثة على أي جهاز يهتم به القارئ.

ثم اللجوء إلى أخذ الإذن لحقوق الطبع لإعادة إنتاج فقرات المقاييس المعاد إنتاجها في هذا المجلد، والمؤلف ممتنٌ لمطوري المقياس والموزعين لتفاهمهم. إن بعض المقاييس طويلة جداً كي تطبع هنا مرة أخرى كاملة، والأخرى ممنوع طبعها ومتواجدة فقط تجارياً (مما يمنع إعادة طبع المقاييس كاملة). وقد راعينا الاتساق وطبع مجموعة منتقاة من فقرات المقياس كمثال، ما عدا في حالة المقاييس المختصرة. ينصح المستخدمون استشارة مؤلفي المقاييس (على العنوان المعطى) قبل الاستخدام لمنع التعدي على حقوق الطبع. والإبلاغ عن الاستخدام يساعد مؤلفي المقاييس على ترتيب سير المستخدمين والنتائج والكتيبات أو قد تكون إرشادات الاستخدام متوفرة. انتقاء

حديث لعناوين مفيدة قد تمت إضافتها في نهاية هذا المجلد المراجَع لمساعدة القارئ، حيث لا يوجد عنوان لمقياس محدد، هذا يعني أنه لا توجد وسيلة اتصال حالية لهذا المقياس، وعلى القارئ استشارة المرجع للمقياس، والبحث الإلكتروني للتفاصيل. عند عدم وجود عنوان للمقياس، فالمقياس في هذه الحالة قد أنتج كاملا في إحدى المنشورات الهامة في المراجع. (مثال، الكثير من مقاييس الدعم الاجتماعي القديمة تم إعادة إنتاجها بهذه الطريقة).

ليس سهلا تتبع العناوين الحالية لمطوري المقاييس والموزعين، فعلى الرغم من أن مواقعهم المنشورة قد تساعد كثيراً في تحديد أماكنهم ومن المفيد تتبع رأي Wilkin et al. (1992) أن على المؤلف أن يتشجع في نشر المقاييس بالكامل في المجلات العالمية الهامة، وفي حالة منع الطبع لأسباب طول المقياس أو لأسباب تجارية، يرجى نشر عنوان الموزع وفتح موقع على الإنترنت لإعطاء التفاصيل الحديثة. من المفيد في حالة البحث في المواقع: أن نضع في الاعتبار أن المقاييس في هذه المواقع ليست النسخ التي يتم استخدامها حاليًا، وفي بعض الأحيان يتم تحميلهم في أماكن غير ثابتة بواسطة الباحثين وليس المطورين.

نشر المراجع والعروض للحالة الصحية الأوسع وأجهزة الأبحاث لنوعية الحياة لأمراض خاصة مرتبطة بالصحة، قد سهلت التعرف على المقاييس المشهورة وخصائصها النفسية.

أمثلة Hubanks ; Mulder and Sluijs 1993 ; Spilker et al. 1990, 1992a, 1992b Spilker ; McDowell and Newell 1996 ; Berzon et al. 1995 ; and Kuy Ken 1994 (Bowling 2001 ; Salek 1999 ; 1996). كما يمكن إيجاد عرض عام عن الطرق والمصطلحات ذات العلاقة في كتاب المؤلفة Research Methods in Health طرق البحث في الصحة (2002) و Handlook on Clinical كتيب التجارب الإكلينيكية (2002) - Eavl

Slater وينصح بالاتصال بالمطورين أو أصحاب حقوق الطبع الحاليين أو الموزعين وإن لم تنجح كل هذه الطرق برجاء الاتصال بالمستخدمين للمقياس الرئيسي لمزيد من المعلومات.

أخيراً، هناك ملخصات: لا تشتمل على "أحسن شراء" حيث إن لكل مقياس قوته وضعفه ومعظم المقاييس في حالة اختبار وتطور مستمرين. واختيار أي مقياس للاستخدام يعتمد على أهداف الدراسة، نوع السكان وحكم الباحثين. بينما هناك عدد من المقاييس لم يُجر لها اختبار نفسي كامل أو كاف ويُظهر احتياجاتها لتحسين أو تطوير، يجب التذكر أن الاختبار مكلّف وقد يستغرق سنوات طويلة. يشجع الباحثون على القيام باختبارات الثبات والصدق الروتينية لتطوير المعلومات الأساسية للمقاييس المنتقاه، وإبلاغ مُلاك المقياس بالنتائج.

the Health Insurance Study, vol. VI, *Analysis of Relationships among Health Status Measures*. Santa Monica, CA: Rand Corporation. R1987/6-HEW.

Ware, J.E., Sherbourne, C.D. and Davies, A.R. (1992) Developing and testing the MOS 20-item Short Form Health Survey: A general population application, in A.L. Stewart and J.E. Ware (eds) *Measuring Functioning and Well-being: The Medical Outcomes Study Approach*. Durham, NC: Duke University Press.

Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M. and Gandek, B. (1993) *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.

Ware, J.E., Kosinski, M. and Keller, S.D. (1994) *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.

Ware, J.E., Kosinski, M. and Keller, S.D. (1995) *How to score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales*, 2nd edn. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.

Ware, J.E., Kosinski, M. and Keller, S.D. (1996a) *SF-12: An Even Shorter Health Survey*. Boston, MA: Medical Outcomes Trust Bulletin, 4: 2.

Ware, J.E., Kosinski, M. and Keller, S.D. (1996b) A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34: 220–33.

Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M. and Gandek, B. (1997) *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide*. *Revised edition*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center.

Warr, P. (1978) A study of psychological well-being. *British Journal of Psychology*, 69: 111–21.

Warr, P. (1999) Well-being and the workplace, in D. Kahneman, E. Diener and N. Schwarz (eds) *Well-being: The Foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russell Sage.

Wachtel, T., Piette, J., Mor, V. *et al.* (1992) Quality of life in persons with human immunodeficiency virus infection: Measurement by the medical outcomes study instrument. *Annals of Internal Medicine*, 116: 129–37.

Watson, E. and Evans, S. (1986) An example of cross-cultural measurement of psychological symptoms in post-partum mothers. *Social Science and Medicine*, 23: 869–74.

Webb, E.J., Campbell, D.T., Schwartz, R.D. *et al.* (1966) *Unobtrusive Measures: Non-reactive Research in the Social Sciences*. Chicago, IL: Rand McNally College Publishing.

Weckowicz, T., Muir, W. and Cropley, A. (1967) A factor analysis of the Beck Inventory of Depression. *Journal of Consulting Psychology*, 31: 23–8.

Weill Cornell Medical Library (2003) A brief history of the Cornell Medical Index. New York: Weill Medical College of Cornell University, Weill Cornell Medical Library (available on line http://library.med.cornell.edu/library).

Weinberger, M., Tierney, W.M., Booher, P. and Hiner, S.L. (1990) Social support, stress and functional status in patients with osteoarthritis. *Social Science and Medicine*, 30: 503–8.

Weiss, R.S. (1973) *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.

Welin, L., Tibblin, G., Svardsudd, K. *et al.* (1985) Prospective study of the social influences on mortality. The study of men born in 1913 and 1923. *Lancet*, 1: 915–18.

Wells, E. and Marwell, G. (1976) *Self Esteem*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Wells, K.B., Hays, R.D., Burnam, M.A. *et al.* (1989a) Detection of depressive disorder for patients receiving pre-paid or fee for service care: results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*, 262: 3298–302.

Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D. *et al.* (1989b) The functioning and well-being of depressed patients: results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*, 262: 914–19.

Wenger, G.C. (1989) Support networks in old age – constructing a typology, in M. Jefferys (ed.) *As Britain Ages*. London: Routledge.

Wenger, G.C. (1992) *Help in Old Age – Facing up to Change*. Liverpool: Liverpool University Press.

Wenger, G.C. (1994) *Support Networks of Older People. A Guide for Practitioners*. Bangor: Centre for Social Policy Research and Development, University of Wales.

Wenger, G.C. (1995) *Practitioner Assessment of Network Type (PANT). Training and Resource Pack*. Brighton, Pavilion Press.

Wenger, G.C. and Shahtahmasebi, S. (1991) Survivors: support network variation and sources of help in rural communities. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 6: 41–82.

Wenger, N.K., Mattson, M.E., Furberg, C.D. *et al.* (eds) (1984) *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. New York, Le Jacq.

Wentowski, G. (1981) Reciprocity and the coping strategies of older people: cultural dimensions of network building. *Gerontologist*, 21: 600–9.

Wettergren, L., Björkholm, M., Axdorph, U. *et al.* (2003) Individual quality of life in long-term survivors of Hodgkin's lymphoma – a comparative study. *Quality of Life Research*, 12: 545–54.

WHOQOL Group (1993) Measuring quality of life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (1947) *Constitution of the World Health Organization.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (1948) *Official Records of the World Health Organization*, no. 2, p. 100. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (1958) *The First Ten Years. The Health Organization.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (1979) *Handbook for Reporting Results of Cancer Treatments*, WHO Offset Publication No. 48. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (1980) *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (1985) *Targets for Health for All by the Year 2000.* Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.

World Health Organization (1992–4) *International Classification of Diseases* (10th revision). Vols I–III. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (1998) *ICIDH-2 International Classification of Impairments, Activities and Participation. A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2001) *International Classification of Functioning, Disability and Health.* Geneva: World Health Organization.

Wylie, M.L. (1970) Life satisfaction as a program impact criterion. *Journal of Gerontology*, 25: 36–40.

Wylie, R.C. (1974) *The Self Concept.* Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Yates, J.W., Chalmer, B. and McKegney, F.P. (1980) Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky Performance Status. *Cancer*, 45: 2220–4.

Yen, I.H. and Kaplan, G.A. (1999) Poverty area residence and changes in depression and perceived health status: evidence from the Alameda County Study. *International Journal of Epidemiology*, 28: 90–4.

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L. *et al.* (1983) Development and validation of a geriatric depression screening scale – a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17: 37–49.

Yohannes, A.M., Roomi, J., Waters, K. and Connolly, M. (1998) A comparison of the Barthel index and Nottingham extended activities of daily living scale in the assessment of disability in chronic airflow limitation in old age. *Age and Ageing*, 27: 369–74.

Young, F.B., Lees, K.R. and Weir, C.J. (2003) Strengthening acute stroke trials through optimal use of disability end points. *Stroke*, 34: 2676–80.

Zarit, S.H., Miller, N.E., Kahn, R.L. (1978) Brain function, intellectual impairment and education in the aged. *Journal of the American Geriatrics Society*, 26: 58–67.

Zigmond, A.S. and Snaith, R.P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67: 361–70.

Ziller, R.C., Hagey, J., Smith, M.D. *et al.* (1969) Self-esteem: a social construct. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33: 84–95.

Ziller, R.C. (1974) Self–other orientations and quality of life. *Social Indicators Research*, 1: 301–27.

Zissi, A., Barry, M.M. and Cochrane, R. (1998) A mediational model of quality of life for individuals with severe mental health problems. *Psychological Medicine*, 28: 1221–30.

Zubrod, C.G., Schneiderman, M., Frei, E. *et al.* (1960) Appraisal of methods for the study of chemotherapy of cancer in man: Comparative therapeutic trial of nitrogen mustard and triethylene thiophosphoramide. *Journal of Chronic Diseases*, 11: 7–33.

Zuccala, G., Pedone, C., Cesari, M. *et al.* (2003) The effects of cognitive impairment on mortality among hospitalized patients with heart failure. *American Journal of Medicine*, 115: 97–103.

Zung, W.W.K. (1965) A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12: 63–70.

Zung, W.W.K. (1967) Depression in the normal aged. *Psychosomatics*, 8: 287–92.

Zung, W.W.K. (1972) The Depression Status Inventory. An adjunct to the self-rating depression scale. *Journal of Clinical Psychology*, 28: 539–43.

Zung, W.W.K. (1986) Zung Self Rating Depression Scale and Depression Status Inventory, in N. Sartorius and T.A. Ban (eds) *Assessment of Depression.* Heidelberg: Springer-Verlag.

Zung, W.W.K., Richards, C.B. and Short, M.J. (1965) Self rating depression scale in an out-patient clinic: further validation of the SDS. *Archives of General Psychiatry*, 13: 508–15.

فهرس

قائمة بالمختصرات

ABS	Affect-Balance	ميزان تأثير التوازن
ADDQoL	Audit of Diabetes Dependent Quality of Life	مراجعة اعتماد نوع الحياة للسكري
ADL	Activities of daily living	أنشطة الحياة اليومية
AIMS	Arthritis Impact Measurement	مقاييس قياس تأثير الالتهاب المفصلي
AMTS	Scales Abbreviated Mental Test Score	تسجيل الاختبار العقلي المختصر
APA	American Psychiatric Association	الجمعية النفسية الأمريكية
ASSIS	Arizona Social Support Interview Schedule	جدول المقابلة للدعم الاجتماعي لأريزونا
AUC	Area vnder the Curve	منطقة تحت المنحنى
BDI	Beck Depression Inventory	مقياس الاكتئاب لبيك
CAL	Chronic airflow limitation	محدودية سريان الهواء المزمن

CAMDEX	Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly	امتحان الأمراض العقلية للكبار لكامبردج
CAPE	Clifton Assessment Procedures for the Elderly	تقييم إجراءات الكبار لكلفتون
CARE	Comprehensive Assessment and Referral Evaluation	التقييم الشامل والتقدير المرجعي
CASP - 19	Control, Autonomy, Self-realisation and Pleasure 19-item questionnaire	استبيان التحكم ، الاستقلال ، التحقيق الذاتي والسرور
CED - D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	مركز الدراسات الوبائية لمقياس الاكتئاب
CMI	Cornell Medical Index	المؤشر الطبي لكورنيل
CRBRS	Crichton Royal Behaviour Rating Scale	مقياس تقدير سلوك كرشتون رويال
DIS	Diagnostic Intrview Schedule	جدول المقابلة التشخيصي
D - TFS	Delighted-Terrible Faces Scale	مقياس الوجوه المبتهجة والشنيعة
DSM	Diagnostic and Statistical Manual	دليل التشخيص والإحصاء
EQ - 5 D	EuroQol	
ERSS	Edinburgh Rehabilitation Status Scale	مقياس حالة الاستشفاء لإدنبرج
FAI	Functional Assessment Inventory	مقياس التقدير الوظيفي
FIM + FAM	Functional Independence	قياس الوظائف المستقلة

	Measure and Functional Assessment Measure	قياس تقدير الوظائف
FLP	Functional Limitations Profile	بروفيل محدوديات الوظائف
FRI	Family Relationship Index	مؤشر العلاقات الأسرية
GDS	Greiatric Depression Scale	مقياس الاكتئاب للكبار
GHQ	General Health Questionnaire	استبيان الصحة العامة
GHRI	General Health Rating Index	مؤشر تقدير الصحة العامة
GHS	General Household Survey	المسح المنزلي العام
GMS	Geriatric Mental Stae	الحالة العقلية للكبار
GWBS	(Psychological) General Well Being Schedule	جدول الرفاهة العامة النفسية
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale	مقياس المستشفى للقلق والاكتئاب
HANES	Health and Nutritional Examination Survey	المسح الصحي وامتحان التغذية
HAQ	(Stanford Arthritis Center) Health Assessment Questionnaire	استبيان تقييم صحة مركز الالتهاب المفصلي لستانفورد
HIS	Health Insurance Study (Rand)	دراسة تأمين الصحة لراند
HSQ - 12	Health Status Questionnaire-12	استبيان الحالة الصحية 12
HUI 3	Health Utilities Index mark 3	مؤشر فوائد الصحة علامة 3
IADL	Instrumental activities of daily living	الأنشطة التي تستلزم استخدام أجهزة للحياة اليومية
ICD	International Classification of Diseases	التقسيم الدولي للأمراض

ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health	التقييم الدولي للوظائف، الإعاقة والصحة
IQOLA	International Quality of Life Assessment	تقدير نوعية الحياة الدولي
ISEL	Interpersonal Support Evaluation List	قائمة تقييم الدعم الشخصي البيني
ISSB	Inventory of Socially Supportive Behaviours	مقياس سلوك الدعم الاجتماعي
ISSI	Interview Schedule for Social Interaction	جدولة مقابلة التفاعل الاجتماعي
KPI	Karnofsky Performance Index	مؤشر الأداء لكارنوفسكي
LASA	Linear Analogue Self Assessment	التقييم الذاتي المشابه الخطي
LEIPAD	LEIden and PADua quality of life questionnaire	استبيان نوعية الحياة لليدن وبادوا
LHS	London Handicap Scale	مقياس لندن للإعاقة
LSIA	Life Satisfaction Index A	مؤشر قناعة الحياة أ
LSIB	Life Satisfaction Index B	مؤشر قناعة الحياة ب
LSIZ	Life Satisfaction Index Z	مؤشر قناعة الحياة جـ
LSNS	Lubben Social Network Scale	مقياس الشبكة الاجتماعية للوبن
MACTAR	McMaster-Toronto Arthritis and Rheumatism	الالتهاب المفصلي والروماتيزم لماك مستر تورنتو
MADRS	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale	مقياس تقييم الاكتئاب لمنتجمري أسبرج

MCS - 36	Mental Component Summary Score	تسجيل المكون العقلي الملخص
MHIQ	McMMaster Health Index Questionnaire	استبيان مؤشر الصحة لماك ماستر
MOS	Medical Outcomes Study (Rand)	دراسة النواتج الطبية لراند
MOT	Medical Outcomes (Study) Trust	الناتج الطبي (دراسة) لتراست
MPQ	McGill Pain Questionnaire	استبيان الألم لماك جل
MSE	Mental State Examination	امتحان الحالة العقلية
MSQ	Mental Status Questionnaire	استبيان الحالة العقلية
NHP	Nottingham Health Profile	بروفيل الصحة لنوتنجهام
OARS	Older Americans' Resources and Services Schedule	جدول مصادر كبار السن الأمريكان والخدمات
OMFAQ	OARS Multi-Dimensional Functional Assessment Questionnaire	استبيان تقديم الوظائف متعدد الأبعاد
ONS	Office for National Statistics	مكتب الإحصاء القومي
PCS - 36	Physical Component Summary Score	تسجيل المكون البدني الملخص
PGCMS	Philadelphia Geriatric Center Morale Scale	مقياس الروح المعنوية لمركز الكبار بفيلادلفيا
PGI	Patient Generated Index	مؤشر إحداث المريض
PGWB	Psychological General Well-Being Index or Schedule	مؤشر الرفاهة العامة النفسية

PWB	Scales of Psychological Well-Being	مقياس الرفاهة النفسية
QALYs	quality adjusted life years	تنظيم سنوات نوعية الحياة
QL Index	(Spitzer) Quality of Life Index	مؤشر نوعية الحياة لسبتزر
QLQ	Quality of Life Questionnaire	استبيان نوعية الحياة
QoL	quality of life	نوعية الحياة
QWBS	Quality of Qell-Being Scale	مقياس نوعية الرفاهة
RA	rheumatoid arthritis	الالتهاب المفصلي الروماتويدي
RADS	Reynolds Adolescent Depression Scale	مقياس الاكتئاب للمراهقين لـ رينولدز
RCT	randomized controlled trial	المحاولة المنظمة عشوائيًا
ROC	receiver operating characteristic	خصائص المستقبل الشغال
SEIQoL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life	جدول تقييم نوعية الحياة الفردية
SFMPQ	short version of McGill Pain Questionnaire	استبيان الألم النسخة القصيرة لـ ماك جل
SF - 36	Short Form-36	الشكل القصير 36
SF - 12	Short Form-12	الشكل القصير 12
SF - 8	Short Form-8	الشكل القصير 8
SIP	Sickness Impact Profile	بروفيل تأثير المرض
SNS	Social Network Scale	مقياس الشبكة الاجتماعية
SOC	Sense of Coherence Scale	مقياس حس الترابط
SS - A	Scale Support Appraisals Scale	ميزان تثمين الدعم الاجتماعي أ

SS - B	Scale Support Behaviours Scale	ميزان سلوك الدعم الاجتماعي ب
STAI	State-Trait Anxiety Inventory	مقياس القلق الخاصية – الحالة
STAI - Y	State-Trait Anxiety Inventory-Form Y	مقياس القلق الخاصية – الحالة شكل Y
SWLS	Satisfaction with Life Scale	مقياس قناعة الحياة
TAPS	Team for the Assessment of Psychiatric Services	فريق تقدير الخدمات النفسية
UCLA	University of California at Los Angeles	جامعة كاليفورنيا بلوس أنجيلوس
VAS	Viual Analngue Scale	المقياس المشابه المرئي
WHO	World Health Organization	منظمة الصحة العالمية
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life	منظمة الصحة العالمية لنوعية الحياة
WONCA	World Organization of Family Doctors	المنظمة العالمية لأطباء العائلة

1

مفاهيم الوظائف، الصحة، الرفاهة ونوعية الحياة

يتزايد تركيز الباحثين في الصحة والرعاية الاجتماعية على قياس نواتج توفير الخدمة والتدخلات . فمفهوم وطرق قياس الناتج مازالا مثيرين للجدل ، على الرغم من وجود قبول عام لوجوب استخدام قياسات ذات مغزى للحالة الصحية للناس ونوعية الحياة .

في الرعاية الاجتماعية ،كان قياس مدى تأثير الخدمات محدوداً نسبيًا لسنين طويلة . وكان التركيز على الأداء ومؤشرات النشاط (مدخلات وعمليات الرعاية) بدلا من النواتج لمستخدمي الخدمات . ولكن كان هناك اهتماماً متزايداً مثلا ، بما إذا كانت ساعات العناية المنزلية المخصصة للزبائن ، لا تفي بمدى احتياجاتهم (Nocon and Qureshi 1996) . وقد أدى التغيير في ترتيبات العناية بالمجتمع في المملكة المتحدة خلال التسعينيات ، إلى زيادة التأكيد على الرقابة على الخدمات ، وضع أهداف الخدمات ، قياس احتياج الناس والوفاء بهذه الاحتياجات ، وتوسيع مؤشرات الناتج لاهتمام الزبائن ، بدلا من مجرد قياس وظائفهم البدنية .

في الرعاية الصحية ، حيث التدخلات الإكلينيكية (السريرية) تخصصية أكثر

وتوسعية، فإن تقييم الناتج له تاريخ طويل. وتعكس معظم المؤشرات الإكلينيكية نموذجًا لـ "مرض". ونموذج "المرض" هو مفهوم لحالة مرضية ممثلة بعلامات وأعراض. أما "الحالة المرضية" للإنسان فهي ممثلة بالشعور بالألم وعدم الارتياح أو توقع التغير في الوظائف والشعور المعتادة. والمرض ناتج للتغيرات المرضية، ولكنه ليس بالضرورة كذلك: حيث إن الإنسان يمكن أن يشعر بالمرض دون أن ينجح علم الطب في أن يحدد المرض. تحتاج مقاييس الحالة الصحية لأخذ كلا الاعتبارين في الحسبان. وما يهم في القرن الحادي والعشرين هو شعور المريض وليس ما يشعر به المتخصصون. واستجابة الأعراض المرضية أو نسبة الناجين ليست بكافية، خاصة عندما يعالج الناس من الأمراض المزمنة والحالات المهددة للحياة: فيجب أن يتم تقييم العلاج من حيث ما إذا كان يقود أو لا يقود إلى حياة يستحق المرء أن يحياها من حيث الظروف الاجتماعية والنفسية وكذلك البدنية.

بالإضافة إلى ذلك، هناك تأثيرات متعددة على ناتج المريض، تحتاج أن يضمها نموذج واسع من الصحة. والعوامل غير البيولوجية التي قد تؤثر على الشفاء والناتج تشمل الناحية النفسية للمريض، الدافعية: الموالاة على العلاج، مواكبة الاستراتيجيات، سهولة الوصول إلى الرعاية الصحية: شبكات المساعدة الاجتماعية، القيم الفردية: المعتقدات الثقافية، العادات الصحية والحالة الاجتماعية الاقتصادية. كل هذا يؤخذ في الاعتبار في البحث عن السلوك الصحي (Becker 1974). كما يحتاج تأكيداً من دراسات أخرى تهدف إلى فهم العوامل المؤثرة على ناتج الخدمات.

قياس ناتج الصحة

لقياس نواتج الصحة يحتاج المرء إلى قياس الحالة الصحية ويجب أن يتأسس هذا على مفهوم للصحة. ومحدودية التعريف السلبي للصحة المستخدم بكثرة بأنه غياب المرض، وكذلك تعريف منظمة الصحة العالمية (1947، 1948، 1958) غير المحدد بأن الصحة هي

رفاهة الحالة البدنية الكلية، العقلية والاجتماعية، ضمن تعريفات طالما اعترفنا بها. في غياب تعريفات مقنعة للصحة فالسؤال هو: كيفية قياس ناتج التدخلات والخدمات؟

إحدى مصادر المعلومات المستخدمة عادة عن وظائف الخدمات الصحية هي البيانات التي تم جمعها روتينيًا عن عمليات ونواتج المعلومات المستخدمة للخدمات الصحية. مثال لذلك، أن الولايات المتحدة الأمريكية تعتمد بشدة على بيانات التأمين الصحي للاستعلام عن استخدام الخدمة، وتعتمد المملكة المتحدة على المعلومات المجمعة روتينيًا من خدمة الصحة القومية عن الموتى وأعداد الخروج من المستشفيات من خلال تشخيص الأمراض، إجراءات الجراحة المستخدمة، التفاصيل الاجتماعية الديموغرافية (السكانية)، والمنطقة الجغرافية. وكل البيانات المجمعة روتينيًا عن الاستخدام معرضة لمشاكل عدم الدقة. وكذلك، تعكس مؤشرات استخدام الخدمة سياسات وممارسات مقدمي الخدمة ومصادرهم، ولا تعطي معلومات عن تأثير العلاج على حياة المريض. وتعكس معدلات مستخدمي الخدمة أيضًا "سلوك مرضي" الناس (*)، والذي يختلف حسب صفاتهم الاجتماعية – الديموغرافية والثقافية (Cockerham 1995; Kasl and Cobb 1996; Mechanic 1962, 1978;) وبينما هي مفيدة كمؤشرات للاتجاه، لا تزال تحتاج البيانات الروتينية إلى استكمالها بالبيانات المعتمدة على المريض حتى تكون ذات قيمة في تقييمات الناتج.

كما ذكرنا سابقًا، فإن الإشارات التقليدية للنتاج الخاص بالرعاية الصحية سلبية في مساحة رؤيتها. فقياسات النتاج الإكلينيكية الأساسية هي نسبة الوفاة (طول العمر)، المرض، المضاعفات: الاختبارات الكيميائية الحيوية، الحالة البدنية: الأعراض المرضية، وكذلك كان سابقًا العودة إلى العمل (كمثال، الأمراض القلبية)

(*) مدى إدراك الناس للأعراض المرضية لصحتهم المعتلة. رد فعلهم لها وكذلك مدى تصرفهم تجاه تلك الأعراض.

(Wilson Barnett 1981) وقد قام الأطباء بالحكم التقليدي على إحدى التدخلات خاصة فيما يتعلق بمدة البقاء على قيد الحياة لفترة خمس سنوات. ومن الواضح جداً في حالات تهديد الحياة، أن المؤشر السابق يتجاهل الباقين على قيد الحياة. وكثير من برامج الرعاية الصحية والتدخلات يكون له وقع بسيط أو بدون تأثير على نسب الوفاة (مثال، الأمراض المزمنة) ويحتاج البقاء على قيد الحياة إلى تفسير أعرض في مجال تأثيرات أو عواقب العلاج.

اعترافًا بذلك، فقد كانت هناك زيادة واضحة في الاستخدام الإضافي لمؤشرات الحالة الصحية الشاملة والصحة المرتبطة بنوعية الحياة خلال العقدين السابقين، خاصة في مجال علاج السرطان، والالتهاب المفصلي والروماتيزم، على الرغم من وجود عدد قليل نسبيًا من الأجهزة المعيارية للقياس (Garrat et al. 2002). ولكن معظم قياسات الحالة الصحية، والحالة الصحية الشاملة وعلاقة الصحة بنوعية الحياة، ما تزال تأخذ الصحة ونوعية الحياة كنقطة بداية وتقيس الانحرافات بعيداً عنها (تدهور الصحة ونوعية الحياة)، بدلا من أن يتم حصر تدرُّج الصحة ونوعية الحياة الجيدة. ونحتاج إلى منظور يأسر النهاية الإيجابية للصورة وذلك لخلق توازن وبُعد أقل اتفاقًا. وعلى عكس التركيز على الصحة السلبية، اقترح Merrell and Reed (1949) مقياسًا مدرجًا للصحة يبدأ من الناحية الإيجابية للصحة حتى الحالة السلبية. في مثل هذا الميزان يقسم الناس بدءاً من أشخاص في القمة من ناحية توافر الطاقة ثم إلى الأشخاص ذوي الحالة الجيدة، ثم إلى المتوسطة، نزولا إلى الأشخاص ذوي المستوى الضعيف للمرض حتى نصل في النهاية إلى من هم مرضى بالفعل. وقد اختيرت كلمة "صحة" بدل "المرض" عن قصد وذلك لإعلاء الجانب الإيجابي في هذا المقياس. وعلى الرغم من وجود مقاييس مدرجة لها موضوع واحد تطلب من الأشخاص تحديد مستواهم من ممتاز إلى ضعيف جداً، إلا أن تطوير مقياس للحياة الصحية أشمل من خلال هذه السلسلة مازال رهن الانتظار.

تندرج الفقرات أو القياسات المعيارية للحالة الصحية الشخصية في المسوح الصحية للسكان بطريقة متزايدة، وكذلك في التقييمات والمحاولات الإكلينيكية والتدخلات الخدمية. وهذه القياسات تطلب من الناس تحديد حالتهم الصحية وكذلك تأثير حالتهم الصحية على مختلف أوجه حياتهم. ويشار إليهم كمرضى أساسيين لوضع المقاييس. والمعلومات التفصيلية عن الشعور الشخصي للصحة وتأثيره يمكن جمعها من عدد كبير من الأشخاص مستخدمين استبيانات تقرير ذاتية. كما يمكن إرسال هذه الاستبيانات إلى مجموعة مستهدفة ذات اهتمام بواسطة البريد أو التليفون أو الكمبيوتر في عيادات الأطباء أو بعمل مقابلات منزلية وجهًا لوجه. والمجموعة ذات الاهتمام قد تكون مريضًا أو مجموعة عملاء أو عينة من السكان، وذلك اعتمادًا على أهداف الدراسة. كما تم تجميع المسح المعلوماتي روتينيًا عن الصحة والمرض في مستوى السكان بواسطة عدد من الحكومات (مثال بها تمت مسوح مقابلات تحت رعاية الحكومة في الولايات المتحدة الأمريكية منذ 1956 وفي بريطانيا منذ 1971 وفنلندا منذ 1964).

وتستخدم مجموعة عريضة من المفاهيم بالتبادل في المراجع عن صحة المريض الأساسية وأبحاث نواتج نوعية الحياة، ويوجد نقص عام في الاتفاق حول تعريفهم وقياسهم. وتبحث الفصول التالية الآراء الأساسية المستخدمة عمومًا التي تناقش الحالة الصحية بشكل أشمل وفي الختام، علاقة الصحة ونوعية الحياة الشاملة.

مفهوم القدرة الوظيفية

واحد من أقدم طرق تقييم ناتج العناية وأكثرها شيوعًا بصفة عامة هو قدرة الناس الوظيفية، بخاصة أداؤهم لواجباتهم اليومية. مثل قياسات "العجز" هذه، ينظر إليها على أنها ذات معنى أكثر لحياة الأشخاص مقارنةً بالقياسات الكيميائية الحيوية أو مقياس زمن السير أو قوة القبضة.

هناك عدد من نماذج العجز (انظر مرجع Putnam 2002) تحاول النماذج الاجتماعية للعجز توضيح ما هو العجز وكيف يمكن اكتشافه؛ ويعتقد أن العجز هو وظيفة العلاقة بين شخص واحتياجاته المحيطة. ويرى النموذج الاجتماعي الأصلي لمنظمة الصحة العالمية (1980) للعجز أن المصطلحات "تالف" و"عاجز" و"معاق" تستخدم بطريقة خطأ. والاستخدام المتزايد لمفهوم الاعتماد الوظيفي قد زاد الاضطراب. وأعطى تقسيم منظمة الصحة العالمية (1980) للتلف والعجز والإعاقة تعريفًا ونظامًا للتقسيم ملائمًا ومبسطًا (حيث روجع لتقديم نموذج أكثر تعقيدًا وأكثر إيجابية، انظر فيما بعد) ويُعرّف الكلمات "تالف" و"عاجز" و"معاق" وتم ربطهم ببعض:

المرض ← تلف ← عجز ← إعاقة ومثال:

العمى ← رؤية ← نظر ← توجيه

روماتيزم ← هيكل ← سير ← حركة

وتم تعريف التلف على أنه "... أي فقد أو تغير في التركيبة النفسية، تركيبة وظائف الأعضاء أو التركيبة التشريحية أو الوظيفة". ويمثل انحرافًا عن بعض المعايير الكيميائية الحيوية للشخص. وفي الوقت الذي يربط التلف بالوظيفة البيولوجية. فإن العجز يرتبط بالنشاط المتوقع للشخص أو الجسم. وعُرف العجز على أنه "... أية إعاقة أو نقص (ناتج عن تلف) للقدرة على أداء نشاط بطريقة طبيعية للإنسان". وتمثل الإعاقة الوظيفية نتيجة اجتماعية للتلف أو العجز. وهي ظاهرة اجتماعية وفكر نسبي. كما أن تصرف وقيم غير المعاق تلعب دوراً رئيسًا في تعريف المعاق. وقد عرف بأنه خسارة للشخص، نتيجة تلف أو عجز، يحدد أو يمنع إكمالا طبيعيًا للشخص (اعتمادًا على السن والنوع والعوامل الاجتماعية والثقافية). وتم وضع تقسيمات مقبولة وأكثر تفصيلا (Nagi 1965, 1991).

وقد أدت هذه الأفكار إلى وضع مفهوم للاعتماد على الآخرين أو مقدمي الخدمات. فالتلف والعجز قد يؤديان أو لا يؤديان إلى الاعتماد على الغير بنفس الطريقة التي قد تؤدي إليها الإعاقة - بالنسبة لمفهوم الإعاقة فإن "الاعتماد" الوظيفي بمثابة ناحية اجتماعية - الاتجاهات الاجتماعية تقرر تعريفه ووجوده. وقد عرف (Wilkin 1987) الاعتماد على أنه "حالة يعتمد فيها الفرد على الآخرين للمساعدة في مواجهة احتياجات معروفة". يمكن تلخيص ذلك، أن التلف والعجز قد يؤديان إلى الاعتمادية بنفس الطريقة التي يؤديان بها إلى الإعاقة. ولكن، لا يمكن أن يتساويا مع الاعتمادية، ولا توجد علاقة ضرورية. وعلى أساس التعريفات السابقة، فإنَ الحالة الوظيفية يمكن أن تعرف على أنها الدرجة التي يستطيع بها الفرد أداء الدور الاجتماعي الموكل له دون وجود حدود بدنية له (أو عقلية في حالة المرض العقلي).

وأسست تقسيمات المنظمة الدولية للصحة تعريفات عمل مفيدة للتلف والعجز والإعاقة. وتعريف العمل الذي يختلف عن التعريف العملي: يجب أن يكون محدداً بما يكفي لكي يقترح مستوى للمؤشرات ولكن لا يجب أن يكون محدداً بالقدر الذي يجعله غير قادر على التعميم على الموضوعات المختلفة. وفي المقابل، نجد التعريفات العملية محددة بجهاز خاص للقياس وهذه التعريفات تعرف سلوكاً خاصاً وطرق تقسيمها. ومعظم التعريفات العملية في هذه الناحية تركز على نشاطات الحياة اليومية، وتقسم عادة إلى أنشطة منزلية ورعاية ذاتية. لذا فإن التعريف العملي للاعتمادية هو الفشل في أداء نشاطات معينة بدون مساعدة إلى مستوى معياري سابق التعريف.

قامت منظمة الصحة العالمية (1998) بتحديث ومراجعة التقسيمات لإنتاج نموذج مُركّب للبعد عن "عاقبة المرض" في التقسيم، إلى تقسيم أكثر إيجابية "للتلف (في التركيب) والنشاطات (سبق تسميتها عجزاً) والمشاركة (سبق تسميتها إعاقة)"، وتقسيم "محتوى الصحة"، والذي يعرف بالتقسيم الدولي للوظائف، العجز والصحة

(World Health Organization 2001) (ICF) . وقد كان هدف الأخير هو الإمداد بلغة متحدة ومعيارية وهيكل للمواصفات الصحية والحالات المرتبطة بالصحة . وقد وصفت الوظائف على أساس أنها مصطلح يغطي كل وظائف الجسم، النشاطات والاشتراك في مواقف الحياة ، وكما وصف العجز كمصطلح يغطي التلف ؛ النشاطات المحدودة أو العراقيل التي تحول دون المشاركة . وقد كان الجزء الأول من (ICF) يشتمل على قائمتين : "وظائف الجسم وتركيبه" فعلى سبيل المثال ، وظائف محددة للمخ (مثل الذاكرة) وتركيب الجهاز العصبي (مثل النخاع الشوكي) ، وبالنسبة "للنشاطات والمشاركة" (مثال لها الحركة والترويح) . والجزء الثاني يشمل العوامل البيئية (مثل الدعم والعلاقات أو الخدمات والأنظمة والسياسات) . وقد وضعت المنظمة العالمية للصحة وظيفة الشخص وعجزه بأنه تفاعل ديناميكي بين الصحة والبيئة والعوامل الشخصية . ولا يوجد تعريف رسمي للعجز بين نماذجهم المرجعية ، فهو المصطلح الذي يشمل أي تلف في تركيب الجسم أو وظيفته ، وتحديد لنشاطاته أو قيد للمشاركة . فتمدنا بإطار للوظيفة الإنسانية على الاستمرارية ، وليس فقط على النقاط المتطرفة .

لذا يوجد ، فرق واضح بين الوظائف وحالة الصحة العامة . والوظائف تتصل مباشرة بالقدرة على أداء الشخص لدور معين والمشاركة في الحياة ، وعلى ذلك ، الحالة الوظيفية هي مكون واحد فقط للصحة - وهي قياس لتأثرات المرض .

مفهوم الصحة الإيجابية

لقد تمت الإشارة سابقًا ، إلى أنه في الطب ؛ يشار إلى الصحة سلبيًا على أنها الخلو من الأمراض . وهناك تركيز ضيق على المعلومات المستهدفة ، قد تم نقدها لعدم قدرتها على التحفظ على العوامل المتعلقة بالحالة الصحية ، وطريقة إحساس الناس ، وطريقة معيشتهم (Patrick 2003) . على الرغم من وجهة نظر علماء الاجتماع عن الصحة فى أنها استمرارية يقوم فيها الأشخاص بالنجاح والفشل ، وعلى الرغم من

اقتراح (Merrell and Reed 1949) السابق لمقياس مدرج للصحة من الإيجاب للسلب، فإن مقاييس الصحة الحالية لا تزال تتخذ من الصحة الأساس وتقيس الانحراف بعيداً عن هذا الأساس، فهم يقيسون سوء الصحة لسهولة قياس البعد عن الصحة عنه في كشف علامات الصحة ذاتها. وقد تم تعريف الصحة في معظم الأبحاث المعتمدة على المرض من حيث الرأي الشخصي للحالة الصحية (عقلي، بدني) والحالة الصحية الأشمل (أي القدرة على العمل الاجتماعي الوظيفي اليومي). ولكن المقاييس المطورة تقيس حتى الآن السلبي بدلا من الجانب الإيجابي للمسيرة الصحية.

بالطبع، فعند دراسة المرض في المجتمع، فإن الاستراتيجية المؤثرة قد تكون استخدام مقاييس الحالة الصحية السلبية. وعلى الرغم من ذلك، حوالي 15% من المجتمع في الغرب يحدوهم مشاكل بدنية مزمنة، وأن 10 - 20% لديهم أمراض نفسية (Stewart et al 1978, Ware et al. 1979) وعدد كبير من كبار السن قد وجد يتمتع بصحة جيدة في المسح، وقد يعكس ذلك بقاء الأكثر صحة (Nybo et al. 2001). لذا فالاعتماد على تعريف سلبي يمد بقليل من المعلومات عن صحة 80 - 90% الباقين من عموم المجتمع.

وقد تبنت منظمة الصحة الدولية منذ نشأتها في في 1946 (WHO 1947, 1958)، تعريفاً إيجابياً عن الصحة وهو "أن الصحة حالة من الرفاهة البدنية الكاملة العقلية والاجتماعية وليس مجرد غياب المرض والعلل، ومع هذا، لم توجد محاولة لإيجاد تعريفات مفهومية أو عملية. على لرغم من التضاد الذي حدث من هذا التعريف الخيالي، فقد أدى إلى التركيز على مفهوم أعرض وأكثر إيجابية للصحة: بدلا من النظرة الضيقة والسلبية (على أساس المرض) (Seedhouse, 1986). ومفهوم المنظمة الدولية للصحة عن الصحة في المنظور الاجتماعي، النفسي البدني قد أصبح مقبولا إلى

حد أن أي مقياس للحالة الصحية يفشل في ضم إحدى هذه الأبعاد قد يصبح تقديره سلبيًا (Kaplan 1985).

خلال الثمانينيات، ونتيجةً لزيادة التركيز على تحسين الصحة، فقد زاد البحث عن مؤشرات إيجابية للصحة (Scottish Health Education Group 1984; Abelin et al. 1986; Anderson et al. 1989). وكان هدف منظمة الصحة العالمية (1985) في مشروع الصحة للجميع حتى عام 2000، ومنظمة أوتادا لتحسين الصحة 1986 على مساعدة الأفراد في زيادة التحكم وتحسين الصحة، واستمرت في الترويج لتعريفات أوسع وأكثر إيجابية للصحة (Thuriauk 1988) ومهما كان، فلا يزال المفهوم الإيجابي للصحة صعبًا في القياس بسبب غياب الاتفاق على تعريفه. وبدون تعريف عملي ليس ممكنًا تحديد إذا أو متى توصل المجتمع لحالة من الصحة. بينما يركز المحكمون الإكلينيكيون على غياب المرضي. وقد يضع غير المتخصص من الناس مجموعة من المفاهيم عن الصحة مثل القدرة على تحمل الأعباء اليومية العادية. والإحساس بالقوة وأن تكون في حالة جيدة ولياقة وغير ذلك (Cox et al. 1987, 1993).

يوجد اتفاق شامل على أن مفهوم الصحة الإيجابية هو أكثر من مجرد غياب المرض أو العجز وتتضمن "الكمال" و "الأداء الكامل" أو "الكفاءة" العقلية والجسدية والتكيف الاجتماعي. وغير ذلك ليس له تعريف واحد مقبول. يمكن وصف الصحة الإيجابية على إنها الكفاءة في التعامل مع المواقف الضاغطة، تواجد جهاز اجتماعي مساعد قوي، تكامل المجتمع، الروح المعنوية العالية، والقناعة في الحياة، الرفاهة النفسية، مستوى لياقة وصحة بدنية متساويين (Lamb et al. 1988). وهي تتكون من مكونات محددة يجب أن تقاس وتفسر منفصلة.

مفهوم الصحة، حتى عندما يعرّف بتوسع، ومع ميل إيجابي، مثلا، من حيث الكفاءة في الاستمرار في الأداء الوظيفي اليومي الاجتماعي، يعتبر نظريًا منفصلا عن

نوعية الحياة المرتبطة بالصحة. وعلى الرغم من أن الصحة غالية على الإنسان، فهي إحدى مكونات الحياة فقط، (Bowling et al. 2003). وبالتعريف، فإن الحالة الصحية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة ما هما إلاجزء من نوعية الحياة الكلية. هناك اتفاق على نوعية الحياة (والصحة المرتبطة بنوعية الحياة) أكثر شمولا من الحالة الصحية، وتشمل مظاهر الوسط التي قد تتأثر أو لا تتأثر بالصحة، وكذلك تقييم شمولي أكثر للحياة (Patrick 2003).

مفهوم الصحة الاجتماعية

نادى (Donald et al. 1998) بوجوب وجهة نظر أشمل للصحة من مجرد تقرير للأعراض المرضية، المرض والكفاءة الوظيفية وتهدف إلى قياس "الصحة الاجتماعية" في دراسة لشركة تأمين صحية. ونظر إلى الصحة الاجتماعية على أنها بعدٌ لرفاهة الشخص بعيداً عن كل من الصحة البدنية والعقلية. وقد تصور دونالد وآخرون الصحة الاجتماعية على أنها مكون لنواتج الحالة الصحية (كمتغير مُعتمِد) وفقًا لما جاء به كابلن (1974) وكاسل (1976):

> من منظور أجهزة الضمان الاجتماعي التي قد تتدخل وتطور تأثير البيئة وضغوط الحياة على الصحة البدنية والعقلية (كمتغير تَدخل). تركز قياسات الصحة الاجتماعية على الشخص وتُعرِّف ذلك على أنه تداخل شخصي (زيارة مع صديق مثلا) والمشاركة الاجتماعية (اشتراك في ناد مثلا) وكلا البناءين الموضوعي والشخصي (مثال عدد الأصدقاء ومعيار كل منهم من صحته على التوالي) يشارك في التعريف.
>
> (Donald et al. 1978)

لبعض الكتاب مفهوم عن الصحة الاجتماعية كمكون منفصل للحالة الصحية، وعرفوها على أنها الدرجة التي يعمل إليها الناس بدرجة كافية كأعضاء في المجتمع (Renne 1974, Greenblatt 1975) ولاحظ Lerner (1973) أن الحالة الصحية قد تكون أداء لعوامل غير صحية خارج الشخص، مثل البيئة: المجتمع ومجموعات اجتماعية واضحة. وقد أوصى بأن قياس رفاهة المجتمع تركز على بناء مثل هذا الدور المرتبط، وصحة العائلة والمشاركة الاجتماعية. وكانت نظريته أن الأشخاص الأصحاء اجتماعيًا يصبحون أكثر قدرة لمواكبة التحديات اليومية بنجاح والناجحة عن أداء معظم الأدوار الاجتماعية الأساسية، ويجب أن يحيوا في عائلة أكثر ثباتًا، مترابطة ومتماسكة، قادرين أكثر على التعامل مع الأنشطة الاجتماعية ومتوافقين مع العادات الاجتماعية. وبالنسبة لموضوع المرض النفسي، وصف (Leighton 1959) كيف يمكن للشخصية التأثر بكيف وكم العلاقات الإنسانية. ونقص الترابط الاجتماعي قد يؤدي إلى ضغط نفسي وخفض إمكانيات الشخص لملاقاته، مؤديًا إلى خلل نفسي. وينطوي غياب الدعم الاجتماعي عن ناتج ضعيف لمرض الاكتئاب (George et al. 1989).

وبذلك يمكن للدعم الاجتماعي أن يُنظر إليه كمفهوم أساسي في النظرية والبحث عن "الصحة الاجتماعية". وأوضح Kaplon (1975) أن مناطق عديدة للدعم الاجتماعي: شاملة إنجازات العمل وموقع الشخص في المجتمع: دعم الأسرة: النشاط الاجتماعي والصداقات؛ والكفاية المالية: الحياة الشخصية (من حيث وجود ثقة بالنفس) الإنجازات الشخصية والقناعة النفسية والجنسية.

معظم باحثي الصحة الاجتماعية في هذه المناطق قد تركّز عملهم على الشبكة الاجتماعية الفردية والأجهزة الداعمة بدلا من التركيز على مصادر المجتمع وتكاملها. لكن نظرية علم البيئة الإنساني تحدد أن نوعية الحياة للأشخاص ونوعية البيئة المحيطة لا يتجزآن، ولا يمكن اعتبار الأول بعيدًا عن النظام البيئي (Rettig and Leichtentritt 1999).

وتساهم في الصحة كل من الثقافة والبيئة والمصادر الاجتماعية والتسهيلات . أما الترابط الاجتماعي والرأسمال الاجتماعي فبعدان شموليان يبتيان بعيدان عن مفاهيم الشبكات الاجتماعية والدعم الاجتماعي الذي يقاس على مستوى الفرد (Kawachi and Berkman 2000). وقد أقر Durkheim (1895 ، 1897) من زمن ، بأن المجتمع ليس مجرد عدد الأفراد ، وأن الرفاهة تتأثر بالمجتمع كله . لذا ، من أجل أن تفهم الأفراد يجب دراستهم من جانب القوى الخارجية والاجتماعية بجانب القوى الداخلية والشخصية . ويرجع الترابط الاجتماعي إلى ترابط واتحاد بين مجموعات الأفراد (Kawachi and Berkman 2000) ورأس المال الاجتماعي فرع من مفهوم الترابط الاجتماعي ، ويشير إلى مدى الفرص التي تقدمها المجتمعات لأعضائها ، من خلال التدخل النشط في النشاطات الاجتماعية ؛ العمل التطوعي ، العضوية الجماعية ، والفسح وتسهيلات الترفيه ، النشطاء السياسيين والتسهيلات التعليمية ، لزيادة مصادرهم المالية (أي رأس مالهم الاجتماعي) (Coleman 1984; Putnam 1995; Brissett et al. 2000) . كما يمكن تعريف رأس المال الاجتماعي على أنه تلك الظواهر من التركيبات الاجتماعية التي تعمل كمصادر للأفراد وتسهل الأعمال التجمعية ، مثل المستويات العليا من الثقة بين الأفراد والمساعدة المتبادلة (Kawachi, Berkman 2000) . ويحتاج رأس المال الاجتماعي أن ينخرط في نموذج من الصحة الاجتماعية ، كما يحتاج أن يندرج في دراسات أوسع للصحة ونوعية الحياة .

إن مفهوم الصحة الاجتماعية هو بُعد لكل من صحة أشمل ونوعية حياة أفضل . أن يكون لك علاقات اجتماعية ، وتشترك في النشاطات الاجتماعية وتحيا في أمان مع الجيران مع تسهيلات جيدة ؛ كل هذه قام المجتمع بتعريفها على أنها أشياء تعطي حياتهم جودة ، وفي المقابل ، فإن غيابهما يقال عنه أنه غياب الجودة من حياتهم (Bowling et al. 2003) .

مفهوم الرفاهة الشخصية

على عكس المؤشرات الموضوعية، فإن المؤشرات الشخصية هي تلك التي تشمل بعض التقييم لظروف الشخص في الحياة. فالرفاهة الشخصية أكثر من غياب المشاكل البدنية والنفسية والصحية أو الأمراض النفسية مثل القلق والاكتئاب. إنها مفهوم إيجابي أكثر وتشمل أبعاد السعادة، قناعة الحياة، الروح المعنوية، احترام الذات والإحساس بالتماسك. والنماذج النفسية للرفاهة مختلفة ولكنها مرتبطة، وتوضح وجود تحديات الحياة: النمو الشخصي، التحكم، الاستقلالية، الفاعلية الذاتية أو التحكم الذاتي (Lasson 1978; Keyes et al. 2002) ستناقش هذه الاختلافات في الفصل السابع. لكن، قليل من الباحثين يفرّق بين هذه المفاهيم وعادة يستخدمونها بالتبادل.

تم قياس أبعاد الرفاهة بما أسماه علماء الاجتماع "بالمؤشرات الشخصية" على أساس أنه ليس من المستحب أن نفهم السعادة والقناعة دون أن نسأل الأشخاص عن شعورهم. والمؤشرات الاجتماعية الشخصية أو التجريبية ترتكز على نموذج الرفاهة الشخصية كما عرّفت بواسطة (Diener and Suh 1997) بأنها "مشاعر الإحساس باللذة أو الرضا المعرفي" والناس مشغولون روتينيًا في تقييم الذات بالنسبة لدائرة الحياة التي يعتبرونها مناسبة ومهمة لهم. والمؤشرات الشخصية تسجل هذه الاتجاهات الطبيعية. وقد ناقش Veenhoven (1991) أن وضع حكم عام على حياة شخص ما، يحتاج لنشاط معرفي وثقافي كما يحتاج إلى مشاركة الخبرات السابقة في تقدير تجارب المستقبل: "كلاهما يحتاج إلى ترتيب الواقع إلى عدد مناسب من المستويات المعرفية. كما يحتاج إلى تقييم للأولويات والقيم النسبية" (Veenhoven 1991). كما أن تقييم الحياة ثنائية الأقطاب، حيث يشمل الأبعاد المستقلة للجانب الإيجابي والسلبي أيضا. وصعوبة البحث تقع في تحديد المناطق الهامة والمناسبة لمعظم الناس. في حين أن الانحيازات تهدد كل القياسات الشخصية (Veenhoven 2002)، فإن الباحثين رفعوا التحدي عن

طريق أبحاث مجهدة، وحاليا كلاسيكية، عن صحة القياسات المقدمة عن الرفاهة (Andrews and Crandall 1976).

وصف ڤانهوڤن أسباب عدم القناعة بالمؤشرات الشخصية، وناقشها (2002) واشتملت الصعوبات في مقارنة الأشخاص نتيجة تباين المستويات،وتغير المستويات مع الوقت، (على سبيل المثال عندما تتحسن المستويات المعيشية، مستويات المقارنة قد ترتفع مؤدية إلى زيادة الشعور بعدم القناعة)؛ وكذلك المعيار الجزئي اللاواعي والضمني والذي يشمل التقييم الشخصي (بأن يعرب الشخص عن رضاه بدون معرفة الأسباب). ولا تعتبر الأخطاء العشوائية مشكلة. واعترف ڤانهوڤن (2002) بأن رغبة التحيز الاجتماعية قد تضخم بعض المعايير الشخصية لليسر والسعادة، وتحيز المقابلات. وتتابع الأسئلة والإيجابات المصاغة قد يؤدي إلى تغير دوري للبيانات (انظر Schwartz and Strack 1999) وهذه الانتقادات تنطبق على كل الأبحاث الاجتماعية بالمشاركة الآدمية، شاملة مقياس الحالة الصحية. وكما أشار ڤانهوڤن (2002)، أنه على الرغم من النقد الخاص بالتحيُّز الملازم للمناظير الشخصية للقياس، فإن المؤشرات الشخصية مازالت تحت الحاجة لتثبيت أهداف السياسة المبنية على حاجة الإنسان وطلباته، وفي تقييم الناتج على صورة دعم للجمهور. والمؤشرات الموضوعية فقط لا تمد بالمعلومات الكافية.

مفهوم نوعية الحياة

في تعبير عام يمكن تعريف النوعية على أنها درجة من "الجودة". فنوعية الحياة، في هذه الحالة، هي عن جودة الحياة، وبالنسبة للصحة فإن الجودة تتعلق بمظاهر الحياة المتأثرة بالصحة. ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة في إحدى الأبعاد لنوعية الحياة الأشمل. نوعية الحياة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة هما مفهومان متعددا المستوى وغير منظمين، وكلاهما أكثر شعبية كنقط نهائية في تقييم السياسة الشعبية، شاملة ناتج الصحة

والرعاية الاجتماعية. ولكن البحث الأوسع للمجتمع يقبل تعريفًا غير معروف أو إطار نظري نهائي لنوعية الحياة.

والمستوى الواسع لتعريفات نوعية الحياة، ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة، تركيباتها غير المتسقة، لخصها Farguhar (1995a). وأما تنوع المشاركات لعلم الاجتماع (المذهب الانتفاعي) والنفسي (الرفاهية الشخصية) للأساس النظري لمفهوم نوعية الحياة فقد وضعه Patrick and Erickson (1993). ونوعية الحياة تم تعريفها على النمط الكبير (المجتمع، الموضوعي) والصغير (الفردي، الشخصي). ويشمل الأول الناتج، العمالة، السكن، التعليم وأحوال سكنية وبيئية أخرى. والآخر يشمل الإدراك الكلي لنوعية الحياة، والخبرات الفردية والقيم. وهناك بعض التعريفات التي يتراكب ذلك فيها. فعلى سبيل المثال اقتراح شن وجونسون (1978) بأن نوعية الحياة مكونة من "امتلاك المصادر اللازمة لتلبية احتياجات الفرد، الطلبات والرغبات، الاشتراك في النشاطات التي تسمح للفرد بالتطور والرضا عند مقارنة النفس بالآخرين"؛ وكلها تعتمد على الخبرات السابقة والمعرفة. وقد ميز (Veenhoven 2002) بين الفرص (صُدف) لحياة أفضل والحياة الجيدة نفسها (النواتج). وكل منطقة في نوعية الحياة يمكن أن يكون لها تأثيرات مؤثرة على الأخرى. مثال، وجود منفذ للنقل ممكن أن يقدم فرص الاستقلالية والمشاركة الاجتماعية؛ تحسين الحياة وإسراع نمط نوعية الحياة، (Bowling et al. 2003)؛ ولكن الأولى منها تعتمد جزئيًا على توافر الصحة والإمكانية المالية الكافية. ويمكن لهذه أن تتأثر بتسهيلات النقل المحلي، نوع السكن، مصادر المجتمع لتسهيل الاشتراك الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية.

ويبدو أن نوعية الحياة هي مزيج معقد من تفاعل الأبعاد الموضوعية والشخصية معًا (Lawton 1991)؛ ويركز معظم الباحثين على أبعادها المتعددة. ويحاول أن يبرهن كل من (Beckie and Hayduk 1997). على أن التعريف المتعدد الأبعاد لنوعية الحياة

يعمق أبعاد المفهوم مع تعدد مصادر الأسباب لهذا المفهوم. كما يجادلان في أن نوعية الحياة يمكن اعتبارها مفهومًا أحادي الأبعاد له العديد من المُسببات، وكمعيار لنوعية الحياة أحادي الأبعاد، مثال على ذلك وما هو شعورك بالنسبة لحياتك بصفة عامة؟ فيمكن أن يكون هذا ناجمًا عن تقييم دولي لمجموعة من العوامل المركبة والمختلفة. لذا فإن من المنطق للمؤشر الأحادي الأبعاد لنوعية الحياة (مثال: مقياس أحادي لنوعية الحياة ذاتي المعيار شامل) أن يكون متغيرًا معتمدًا في التحليل، والتنبؤ بتنوعات مستوى الصحة، والمتغيرات الاجتماعية والنفسية. والمتغيرات التنبؤية في نموذج لنوعية الحياة الشاملة ذات تقييم ذاتي، ويجب أن تشمل نطاقًا عريضًا من مجالات الحياة، إذا أراد أن يعكس كيف يتم التقييم. وبالإضافة، فإن هذه العوامل قد تتفاعل، مضيفة لتعقيد التقييم. وقد جادلوا بأنه إذا كان تقييم نوعية الحياة أكبر من مجموع أجزائه، إذًا يمكن أن تحدث مشكلة للتحاليل السببية، ولكن تنوع، وتعدد وتعقيد مصادر المفهوم تضمن علاجًا لقياساته تحت مسمى التقييم الشامل الدولي. ويبدو من المعقول أن نوعية الحياة تتأثر بالمتغيرات المسببة: ومستوى نوعية الحياة يظهر نفسه بالمتغيرات المؤشرة. ولكن الأسلوب التقليدي لقياساته قد أكد ضمنًا فقط المتغيرات المؤشرة. وتقدير الاختلاف بين هذه الأنواع من المتغيرات قد يؤدي إلى تعريف أكثر دقة للمفاهيم ولانتقاء المقاييس المناسبة للقياس (Zissi: et al. 1998; Fayers and Hand 2002).

وفيما يتعلق بذلك، فإن تأثيرات الشخصية على الرفاهة الملحوظة ونوعية الحياة مثيرةٌ للجدل إلى حد ما نظرًا إلى النزاع القائم بين المتغيرات المُسببة في مقابل المتغيرات غير المباشرة. كما يتم التقرير بالأسباب الخارجية والعصبية التي تفسر قدرًا متواضعًا من المتغيرات للرفاهة الشخصية (يرتبط انصراف الاهتمام إلى كل ما هو خارج الذات بتأثير إيجابي وبالرفاهة، أما الانفعالية فترتبط بالتأثير السلبي وقلة الرفاهة) (Costa et al. 1987). وقام سييروا وبوسّي (2000)، اعتمادًا على مسحهما

البحثي على 2000 بالغ في الدراسة العمرية، وأقروا بنفس الارتباط بين الصفات الشخصية والرفاهة، وكذلك بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة. لكن هذه العوامل الشخصية صفات ثابتة جداً، بينما الرفاهة الشخصية قد أوضحت وجود ثبات متوسط فقط مع الوقت (Headey et at. 1985).

على الرغم من العمل الكلاسيكي للتصالح في الثمانينيات، فإن التطور النظري والتوسعي قد صادفهما بعض التقدم (Abbey and Andrews 1986). يليهما (Barry 1997) و Zissi et al. (1998) جادلوا للاحتياج إلى نموذج لنوعية الحياة يركز على الروابط القوية بين العوامل النفسية (مثل احترام قيمة الذات، تأثير ذاتي، تحكم ذاتي والاستقلالية والتقييمات الشخصية لنوعية الحياة. والنموذج النظري، والمدعم بنتائجهم على الأفراد ذوي المشاكل العقلية، قد ركّز على مدى قدرة نوعية الحياة المتوقعة الشخصية أن تتصل بمجموعة من المتغيرات غير المترابطة، بما في ذلك البناء المرتبط بالذات وكيف تتأثر هذه التوقعات بآلية المعرفة. وأشار Zissi et al. (1998) إلى الارتباك المحيط بالتصورات العديدة النفسية المستخدمة لتوضيح نوعية الحياة، وتأثيراتهم، ومكوناتهم والوسطاء لنوعية الحياة المتوقعة. وقد جادلوا في أن نوعية الحياة المتوقعة يتم نقلها عن طريق متغيرات مترابطة عديدة، شاملة البناء الذاتي المرتبط (مثل التحكم الذاتي، الكفاية الذاتية، الروح المعنوية واحترام الذات والتحكم الملحوظ في كافة نواحي الحياة) وهذه التوقعات تتأثر بآليات المعرفة (مثال توقعات الحياة، القيم الاجتماعية، المعتقدات، الطموح ومعايير المقارنة الاجتماعية). وعلى الرغم من جاذبية النموذج، لا يزال هناك الاحتياج إلى القليل من البيانات التجريبيةلتأكيد أو رفض الفروق بين البناء النفسي كمتغير وسيط أو تأثيري في تحديد نوعية الحياة.

والنماذج الأساسية لنوعية الحياة، في مواجهة التعريفات الأساسية: تتضمن الاتجاهات التي تعتمد على الاحتياجات والمستخلصة من تدرّج مارلو (1945، 1962).

تحكم للاحتياجات الإنسانية (نقص الاحتياجات مثل الجوع، العطش، الوحدة، الأمان واحتياجات النمو : التعلم (السيطرة وتحقيق الذات) . ويختلط مع هذا النماذج الاجتماعية النفسية والتي تشرح الاستقلالية والتحكم، الاكتفاء الذاتي، التحكم الداخلي وكذلك الأداء التكنيكي ذاتي التقييم، والمنافسة الاجتماعية. (Abbey and Andreus 1986, Fry 2000) والنماذج الكلاسيكية المؤسسة على الرفاهة الشخصية، السعادة: الروح المعنوية، القناعة الحياتية (Andrews and Withey 1967, Lasson 1978, Andrews 1986). والتوقعات الاجتماعية أو النماذج ذات الثغرات المبنية على التباين بين الظروف المرغوبة والظروف الواقعية (Calman 1984, Michalos 1986)؛ والنماذج الظاهرية للرؤى الفردية الفريدة للظروف المحيطة بهم (O'Boyle 1997a, 1997b) والمبنية على مفهوم أن نوعية الحياة تعتمد على الأشخاص الذين يعيشونها، ويجب أن تقاس باستخدام نظم التقييم الخاصة بهم (Ziller 1974 ، Benner 1985، Rosenberg 1995). واعترافًا بأهمية الرؤية الشخصية، فإن المنظمة العالمية للصحة أدخلت في تعريفها لنوعية الحياة في مجال الصحة، رؤية الشخص لمركزه في الحياة في سياق النظم الثقافية والتقيمية التي يحياها، وفي علاقتها مع أهدافهم. ومع ذلك، فقد استمرت المنظمة في تطوير قياس لنوعية الحياة (The WhoQol) باستخدام مقاييس تركيبية (WHOQOL Growp 1993, 1995).

مع الاعتراف بأهمية التميز الفردي، هناك شواهد تجريبية على أن معظم الناس يحتفظون بمجموعة من القيم الثابتة لها علاقة بما يعطي للحياة النوعية وما يخلق الأشياء الهامة في الحياة، على الرغم من أن الأولويات تختلف وفقًا لخصائص الناس الاجتماعية، الديموغرافية. أوضحت الأبحاث أن معظم الناس تعرّف نوعية حياتهم بأن لها شكلاً نفسيًا إيجابيًا ورفاهة عاطفية. ولديهم صحة عقلية وبدنية جيدة وأن القدرة البدنية تقوى على القيام بالأشياء التي يريدونها، وكذلك وجود علاقة جيدة

بالأصدقاء والعائلة، والمشاركة بالنشاطات الاجتماعية والاسترخاء، والحياة في أمان مع الجيران مع تسهيلات جيدة وخدمات، وامتلاك قدر كاف من المال مع الاستقلالية (Bowling 1995، Farquher 1995b، Bowling and Windsor 2001، Bowling et al. 2003). وعلى ذلك فإن المواضع التي تغطيها الفصول أساس منطقي في قيم قطاع السكان.

2

نظرية القياس

اختيار مؤشر الصحة

عند تقرير أي قياس تستخدمه ؛ يجب على الباحث تحديد نوع الجهاز المطلوب ما إذا كان لمرض معين أو للعديد من الأمراض، ونوع التسجيلات التي يعتمد عليها الجهاز (يستوي إمكان تحليل التسجيل بسهولة المقارنة بالمتغيرات الأخرى) : مدى ثباته، وصدقه وحساسية المقياس، مدى ملاءمة الجهاز لدراسة المجتمع السكاني ؛ ومدى قبول الجهاز للمجموعة محل الدراسة (Hunt et al. 1986) . من المهم أيضًا تقرير احتياج الدراسة لقياس على أساس مستوى اسمي -، ترقيبي -، على فترات - أو مستوى مقياس نسبي. وسيتم شرح هذه المصطلحات لاحقًا.

نظرية القياسات

يمكن وضع المواصفات على أساس مقياس اسمي أو ترتيبي، أو على فترات (مقياس الفترة) أو على مقياس - نسبي. ومستوى احتياج القياس يعتمد على التطبيقات المطلوبة للمؤشر وعلى السؤال الذي يحاول الباحث إجابته.

مع المقياس الاسمي، فإن الأرقام أو أي رموز أخرى تستخدم ببساطة لتصنيف خاصية أو موضوع. وهذا هو القياس عند أدنى مستوى له. مثلا، حالات العجز الوظيفي وتميز الصحة يتم تعريفها بالأوصاف وبالتالي يجب أن يبنى مقياس اسمي أو تصنيفي. ولأغراض المقارنة في التقييم لناتج التدخل أ - بالمقارنة مع ناتج التدخل ب - يمكن الاكتفاء بمقياس اسمي (مثال "مات"، أو "نجا"). يمكن اختبار النظرية بمدلولية توزيع الحالات على فئات باستخدام الاختبار اللاپارامتري، X2، وكذلك اختبار احتمالية فيشر المضبوط. والقياس المستخدم عموماً للارتباط الخاص بالبيانات الاسمية هو معامل التوافق.

والمقياس الترتيبي (التدريجي) يستخدم حيث تكون الأهداف من فئة واحدة للمقياس لا تختلف عن الأهداف من الفئات الأخرى للمقياس، ولكن هناك علاقة ما بينهما. وعلى سبيل المثال، العلاقات المثالية قد تكون أعلى من أن تكون أكثر صعوبة (في التأثير، أعلى) وهو الأفضل بكثير. وهذا هو القياس الترتيبي وكثير من قياسات العجز أو حالة الصحة تتبع هذا النوع بشدة.

وأنسب الإحصاءات لوصف الاتجاه المركزي للعلامات في المقياس الترتيبي هو الوسيط، حيث إن الوسيط لا يتأثر بالتغير في العلامات أعلاه أو أدناه، طالما ظلت أعداد العلامات أعلاه أو أدناه كما هي دون تغير. ويمكن اختبار النظرية باستخدام الإحصاء اللاپارامتري مثل معامل الارتباط المبني على طريقة التدرجات (مثال (r) سبيرمان أو (r) كندل). والمقياس الترتيبي كاف للإجابة عن الأسئلة الأساسية مثل كيف تقارن x مع y ؟

ومقياس الفترة يمكن الحصول عليه عندما يكون للمقياس كل الخصائص التي في المقياس الترتيبي، وكذلك عندما تكون المسافات بين أي رقمين على المقياس ولها حجم معروف. والقياسات الأقوى من الترتيبي تمت بذلك، ويتميز مقياس الفترة بوحدة

ثابتة من القياسات تحدد رقمًا حقيقيًا، ولكن نقطة الصفر ووحدة القياس تحكّميتان (مثل الحرارة حيث تستخدم مقياسين عادةً لتحديد نقطة الصفر - التي تختلف في كل منهما وتكون تحكّمية) والمقياس الفتري مقياس كمي حقيقي وكل الإحصاءات البارامترية العادية (المتوسط، الانحرافات المعيارية، ارتباطات بيرسون إلخ) مطبقة مثل الاختبارات الإحصائية ذات الدلالة (اختبار t، F، إلخ). واختبارات البارامترية التي تستخدم بطرق لا بارامترية لن تستفيد من المعلومات داخل البحث. ومقياس الفترة مناسب إذا كان السؤال هو "مدى الاختلاف بين x و y ؟"

تظهر أهمية المقياس النسبي عندما تتوفر في المقياس كل خصائص مقياس الفترة وبالإضافة إلى ذلك يكون له نقطة صفر حقيقية في أصله. إن نسبة أي نقطتي مقياس لا تعتمد على وحدة القياس. الوزن أحد الأمثلة على ذلك. ويمكن استخدام أي اختبار إحصائي عند الحصول على القياس النسبي. ونحتاج إلى المقاييس النسبية إذا كان السؤال: "ما نسبة الفرق بين x إلى y ؟"

وأكثر طرق تحليل البيانات دقة تحتاج إلى بيانات كمية. وكلما أمكن، تُستخدم قياسات تعطي بيانات فترة أو نسبية، على الرغم من صعوبة ذلك في العلوم الاجتماعية. ولا تصل قياسات العجز الوظيفي أو الحالة الصحية إلى قياس المقياس النسبي أو مقياس الفترة ومع ذلك. فإن طرق تحويل البيانات متواجدة، مما يسمح للبيانات الاسمية أن تكون كمية لغرض التحليل.

مشاكل القياسات

مشاكل القياسات متفشية عند محاولة قياس نواتج الصحة. قد تعمل المؤشرات جيداً أو سيئا وتختبر باختبارات الصدق والثبات.

يشتكي مؤلفو مختلف القياسات من الثبات والصدق المعتمدين على المعاملات

التي تمت بدون أي مرجع لمستوى مقبول . والاقتراحات للمستوى المناسب للصدق والثبات تقع ما بين 0.85 إلى 0.94 على الرغم من أن 0.50 مقبول كمعامل ارتباط (Ware et al. 1980) . مناقشة كاملة للمشاكل إنجاز الصدق والثبات يمكن التعرف عليها في (Streiner and Norman 2003) .

الصدق

يختص الصدق بالتساؤل هل المؤشر قد يقيّم بقياس الموضوع المشار إليه أم لا . واحدة من أهم المشاكل لتقييم الصدق هي المصطلحات المختلفة . وقد ركزت أمهات الكتب على صدق المحتوى ، صدق المعيار ، وصدق البناء ، وصدق البناء ينقسم إلى الصدق التقاربي فجمعه وصدق تمييزي. مع ذلك فإن كل أنواع الصدق لها نفس التوجهات نحو درجة الثقة التي يمكن أن توضع لاستدلال النتيجة من تسجيلات المقياس. هذه المواضع قام بصياغتها بتفاصيل أكثر ميسك Messick (1980) وستريتير ونورمان (2003) .

يشمل تقييم الصدق التقييم ضد معيار معياري، حيث لا يوجد معياري ذهبي للصحة أمام مؤشرات الحالة الصحية حتى يمكن مقارنته بها ، وطرق الصدق المستخدمة عادةً في العلوم السلوكية هي تقييم المحتوى وصدق البناء (American Psychological Association 1974) . ومعايير الصدق التي يجب أن نتعرف عليها عامة هي :

صدق المحتوى

وهي تشير إلى إمكانية المكونات الخاصة بالمقياس / بالفقرات أن تغطي كل النواحي الخاصة بالموضوع المراد قياسه ؛ بطريقة متوازنة . وعند مستواه الأساسي ، فإن المحتوى الخاص بالمتغير يجب أن يوازي الاسم الذي سمي به . كل فقرة يجب أن توجد على الأقل في إحدى المحتويات التي سجلت . إذا لم يحدث ذلك ، فإن الفقرة لا ترتقي إلى أهداف

المقياس، أو تكون قائمة أهداف المقياس غير مكتملة. وعدد الفقرات لكل منطقة يجب أن يعكس أهميته للموضوع. وصدق المحتوى أكثر تنظيمًا من صدق الشكل، وتصدر الأحكام على هذه الموضوعات من خلال هيئة تتبع عرض الأبحاث، مجموعات العمل، والمناقشات الاستكشافية مع المجتمع المستهدف. ومن المتفق عليه أن صدق المحتوى للمؤشرات الشخصية يجب أن يتم الحكم عليه بواسطة أفراد من المجموعة المستهدفة التي تختبر (Patrick 2003).

صدق الشكل

صدق الشكل أكثر سطحية من صدق المحتوى، وهو تقييم شخصي يقوم به المحققون على ما إذا كان المؤشر شكله مقبولاً، وما إذا كانت الفقرات تشير إلى قياس المتغيرات التي يطالبون بقياسها. والمعنى والثقة بالمؤشر يجب أن تظهر ذاتية الوضوح.

معيار صدق المحك

يشير صدق المحك إلى إمكانية قياس المتغير بدقة. والتعريف التقليدي لصدق المحك هو ارتباط المقياس مع بعض "المعايير" الأخرى لقياس الموضوع قيد البحث، أي "المعيار الذهبي". وصدق المحك مقسم إلى نوعين: الصدق المتزامن وصدق التنبؤ.

الصدق المتزامن

الصدق المتزامن هو تعزيز مستقل على أن الجهاز يستطيع أن يقيس مقابل معيار قياسي. (مثال: تعزيز مقياس وظائفي بدني بوظائفي مرئي). لذا، عندما يختبر المقياس ضد بمقياس آخر ليقيس نفس الشيء ويسمى هذا الصدق التقاربي، والذي يشير إلى القدرة الاستعراضية للمقياس. فالمقياسان كلاهما يستخدمان في وقت واحد. وكل منهما يستخدم عادة عند محاولة تطوير مقياس بديل وهو أبسط وأقل كلفة في الاستخدام عن المقياس المستخدم حاليًا.

صدق التنبؤ

تشير الصلاحية التنبؤية إلى القياس الذي يتنبأ بالفروق المستقبلية للمتغيرات الرئيسية في الاتجاه المتوقع (مثال هل استطاع مقياس الحالة الصحية التنبؤ بتحسنات ذاتية التقرير لصحة المرضي بعد العلاج ؟) . مع هذا النوع من صدق التنبؤ ، فإن المعيار سوف يكون غير متاح حتى نقطة نهاية مستقبلية .

وصدق التنبؤ يمكن تعريفه من خلال قدرته التمييزية (مثال : في اختبارات الارتباط ، نسبة المستجيبين الذين تم تقسيمهم بطريقة صحيحة باستخدام الجهاز) . كمثال ، إذا كان نظريًا هناك أسباب حقيقية لافتراض أن الناس من مجموعة المستوى الاجتماعي - الاقتصادي الأدنى هم الأكثر في تقرير الحالة الصحية الفقيرة من أفراد المستوى الأعلى ، إذن يمكن للحالة الصحية للمجموعتين أن تقارن كضابط لصدق التنبؤ .

صدق البناء

صدق البناء هو تعزيز بأن الجهاز يقيس الفكرة الأساسية الذي يسعى لقياسها . وهذا النوع من الصدق مناسب لمجالات أكثر تجرداً مثل مجال علم النفس وعلم الاجتماع حيث المتغير المطلوب لا يمكن ملاحظته . وبعكس أنواع أخرى من اختبارات الصدق ، فإن قياس صدق البناء يشمل مشاركة كل من النظرية والتطبيق بالتبادل . ومن الضروري تحديد تصور لتعريف البناء المراد قياسه ، مع تحديد أبعاده ، تنظير علاقاته النظرية بالمتغيرات الأخرى ، ثم بعد ذلك اختباره . هناك مشكلة وهي ، إذا كانت التنبؤات القائمة على النظرية غير مؤكدة ، إذن قد تصبح هناك مشكلة مع صدق القياس أو صدق النظرية . هذا النوع من الصدق مقسم بصفة عامة إلى الصدق المجمع وصدق التميز :

الصدق المجمع - التمييزي

الصدق المجمع هو المدى الذي يرتبط به قياسان يقومان بقياس نفس الموضوع (أي يجتمعان). والنظرية المطلوب قياسها هي أن القياس هذا سوف يرتبط مع المتغيرات التي تقيس نفس الموضوع. وهي بذلك تشمل تقييم المدى الذي به يرتبط المقياس بالمتغيرات والمقاييس الأخرى لنفس البناء الذي يجب أن يرتبط به. والتقييم يصبح مشكلة في بعض الأحيان عند قياس مفاهيم مشابهة، مثل علامات المقياس ذات الارتباط العالي والتي قد تقيس نفس الأبعاد. وقد فسر بعض الباحثين هذا التعريف بطريقة خاطئة تكنيكيًا وافترضوا أن الصدق المجمع يمكن الحصول عليه عندما يكون القياس مرتبطًا بشكل عالٍ مع قياس لموضوع مختلف والمتوقع أن يكون مرتبطًا به.

من جهة أخرى، فإن صدق التمييز المعروف بصدق التباعد يتطلب عدم ارتباط البناء بالمتغيرات غير المتشابهة (التمييزية)، لذا، فإن النظرية التي يجب قياسها هي أن القياس لا يرتبط مع المتغيرات التي تقيس موضوعًا مختلفًا، غير مرتبط.

يشار إلى الصدق المجمع التمييزي المتباعد بأنه القالب متعدد الخواص – متعدد الطرق (Canpell and Fiske 1959)، الذي يعني ببساطة أن الطرق المختلفة لقياس نفس البناء يجب أن تؤدي إلى نفس النتيجة (أي عالي الارتباط). والقياسات بأبعاد مختلفة يجب أن تؤدي إلى نتائج مختلفة (أي عديمة الارتباط). وأن عملية الصدق تشمل حسابات الارتباطات الداخلية بين القياسات.

الدقة

هي قدرة جهاز لتحديد تغيرات صغيرة في صفةٍ ما.

الاستجابة للتغير (الحساسية)

هي قدرة جهاز على أن يكون مسئولاً (حساسًا) للتغيرات الواقعة التي تحدث مع

الوقت . فهي قياس الارتباط بين التغير في تسجيل النقاط الملحوظة والتغير في القيمة الحقيقية للبناء. يشمل ذلك ارتباط علامات الجهاز بمقاييس أخرى تعكس أي تغيرات متوقعة. (مثال في حالة مقياس الاكتئاب يحتاج أن يرتبط بمقابلة معيارية لها تركيبة نفسية وأي تغيرات واضحة في الحالة النفسية بين طريقتي التقييم المقارن) .

الحساسية

تشير إلى تناسب الحالات (مثل : أشخاص بتشخيصات مؤكدة للاكتئاب من حيث العلامات كحالات إيجابية على جهاز (مثل : مقياس الاكتئاب) ، والقدرة الخاصة بالتدرج في علامات المقياس لكي تعكس التغيرات الواقعية بشكل كاف .

التخصصية

قياس احتمالية المقياس الذي يحدد الحالات غير المريضة (أفراد لا يعانون من الاكتئاب) صحيحة بمقياس (الاكتئاب مثلا) . ويشير إلى القدرة التمييزية للقياس. مرة ثانية ، يشير أيضا إلى القدرة على التدرج في تسجيلات المقياس ليعكس التغير الواقعي بشكل كاف .

منحنيات ROC

قدرة المقياس التمييزي التي تستخدم بيانات مستمرة ، يمكن أن تبحث بمستقبل للمنحنيات لخصائص العمليات (ROC) . وهذا المنحنى (Receiver Operating characteristic) يختبر درجة التداخل لتوزيع تسجيلات المقياس لكل نقاط تغير المنحنى للمجموعات المُعرفة ، والمنحنى ذاته مقياس للنسب الحقيقية الإيجابية في مقابل النسب الخاطئة الإيجابية لكل نقطة على المقياس (الحساسية المرسومة نقطتها في مقابل واحد ناقص التخصصية) . ودرجة التداخل بين المجموعات المُعَرَفة تقاس بحساب المنطقة

أسفل المنحنى (AUC)، والخطأ المعياري المرتبط به (Hanley and McNeil 1982). وكلما كبرت المنطقة الكلية تحت المنحنى المرسوم من كل نقاط تغير المنحنى، ازدادت مسئولية الجهاز. وإحصاء 0.5 يشير إلى أن التنبؤ ليس أفضل من الفرصة وأن رقم 1.0 يمثل الدقة الكاملة.

عامل البناء

يستخدم التحليل العاملي لتحديد وتعريف عدد صغير من العوامل المتفرقة (الأبعاد) التي تكوّن الجهاز، ويصف كيف أن المحتوى لكل بعد مجموعة مع بعض بطريق ثابت ومتماسك (أي بثبات كاف لكل منهما). لذا، فالتحليل العاملي يخفض عدداً كبيراً من الملاحظات المتصلة بعدد قليل من الأبعاد (العوامل). والتحليل العاملي تكنيك يستخدم بكثرة لتقييم عدد من الأبعاد التي تحوي مجموعة من المتغيرات (عامل البناء). ومثال، إذا ما كان هناك ارتباط ما بين فقرة وبُعد واحد، فإن مجموعة الفقرات تدمج في قياس واحد.

واختيار الفقرات في مقياس القياس يحتاج أيضاً إلى مراجعة مدى الثقة بالفقرات قبل التخلص من أي منها بعد التحليل العاملي. Juniper et al. (1997) قارن طريقتين فلسفيتين مختلفتين لانتقاء الفقرات لاستبيان نوعية حياة مرض خاص: وطريقة انتقاء الفقرات التي عادةً ما تُدرك على أنها هامة بواسطة مجموعة السكان المستهدفة وطريقة القياس النفسي (تحليل عاملي) التي تنتقي الفقرات أولا حسب علاقاتها ببعضها. واعتماداً على الأبحاث على 150 من مرضى الأزما البالغين، حيث سجل أن الطرق المستخدمة في 32 فقرة من القياسات وطريقة القياس النفسي قد نتج عنها جهازٌ به عدد 36 من الفقرات، مع 20 فقرة مشتركة للاثنين. وطريقة القياس النفسي قد أقصت الفقرات المرتبطة بالوظيفة العاطفية وكذلك البيئية، واشتملت

على فقرات عن التعب بدلا منها وبذلك فإن الطريقتين قد أدتا إلى فروق واضحة. ومرة ثانية (Kane et al. 1998) قاموا بدراسة مقارنة في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا؛ تقارن نسبة متخصصي طب الشيخوخة ونسبة الأشخاص العاديين عن أهمية الفقرات الـ 32 التي تقيس الوظائف البدنية. وبينما كان الارتباط الكلي بين المجموعات 0.82 لمجموعة الأفراد العاديين لأجهزة النشاط لفقرات الحياة اليومية وكانت مرتفعة (مثل (عدم) القدرة على تحضير وجبات، تنظيف المنزل، القيام بالمشتريات) وقد أعطى الخبراء درجات لنشاطات الإعاقة لفقرات الحياة اليومية أعلى مما أعطاه الأشخاص العاديون (مثل (عدم) القدرة عن الملبس، الغذاء، القدرة على الوصول إلى / استخدام الحمام).

الاعتمادية

يحتاج الجهاز إلى اختبار كي نعتمد عليه. ونستطيع أن نحكم على قياس بأنه يمكن الاعتماد عليه، عندما يعطي نفس النتيجة باستمرار، خاصة عند استخدامه لنفس الأشخاص في فترات مختلفة مع عدم وجود مظاهر التغير. طريقة قياس الثبات تشمل أشكالا متعددة، اختبارات أساسية ذات تناغم داخلي (على سبيل المثال، القدرة على التجزئة النصفية والارتباطات بين المادة والمادة والارتباطات بين المادة والكل) والاختبار وإعادته، موافقة معدلات بينه ومعدلات داخلية. وحساسية للتغير. بالإضافة إلى ذلك، الاختبارات ذات التناغم الداخلي المبني على النماذج الإحصائية، مثال على ذلك استخدام التحليل العاملي، أصبحت واسعة الانتشار (Harman 1967).

التناغم الداخلي

وتشمل اختبار التجانس. وهذا قد يأخذ شكل الارتباط بين الفقرات على المقياس، أو بين كل مقياس مع نفسه، أو بين نصفي المقياس حيث إن المقياس يمكن تقسيمه نصفين متساويين (ثبات استخدام التجزئة النصفية)، والارتباطات بين الفقرات والعلاقة

الكلية تستطيع أيضًا أن تقدم أداةً بطريقة كرنباش (Gronbach, 1951) وهو مؤسس على متوسط الارتباط بين الفقرات وعدد هذه الفقرات في الجهاز (القيم تتراوح ما بين 0 إلى 1) . ويشير انخفاض معامل ألفا (مثال تحت 0.50) إلى أن الفقرة لا تأتي من نفس المجال . وتستخدم تفاصيل معلوماتية على طريقة الإحصاء المناسبة وأدنى قيم مقبولة تعطى في "مقياس الأمراض Heasuring Disease (Bowling 2001) .

لا يتوقع للأسئلة التي تتناول بحرص الأبعاد المختلفة داخل المقياس أن يكون لها ارتباط عالٍ ما بين فقرة وفقرة أو فقرة - والمجموع ، فإن التحليل العاملي يجب أن يستخدم لتحديد العوامل المتفرقة (مثال الهيئات) فيما بين المقياس ، ويحكم على كل فقرة داخل العامل أن يتم حجزها في المقياس إذا ما كانت قيمتها (قياس القدرة لتفسير الاختلاف بين الأشخاص) تزيد على قيمة معينة (1.5 عادة) .

الأشكال المتعددة للاعتمادية

يشير ذلك إلى الارتباط بين أسفل مجال للمقياس .

الأشكال المتبادلة للاعتمادية

حيث للقياسات أشكال متبادلة . مثال واجهة لإدارة الترجمة وأخرى للإدارة الذاتية أو راجهة طويلة وقصيرة - وكلها يجب أن تكون عالية الارتباط .

الاعتمادية للاختبار وإعادة الاختبار

ويستخدم الاختبار لنفس السكان في مناسبتين ، وتقارن النتائج عادة بالارتباط . والمشكلة في هذا هي أن الاستخدام الأول يمكنه أن يؤثر على الاستجابة على الثانية . يمكن أن يكون هناك مشاكل في الترجمة للتغير الملاحظ ، معطيًا مجالًا لإمكانية حدوث الخطأ بأي مقياس ، وكذلك لحدوث تغير فردي بين الاستخدامات التي قد تؤثر على تقدير الاعتمادية .

الموافقات بين وداخل المعدلات

الموافقة داخل المعدل هي اعتمادية نفس نقاط المعدلات لنفس الأشخاص، في مناسبات مختلفة، والموافقة بين المعدل هي اتفاق النقاط الذي تقوم به المعدلات المختلفة في نفس المناسبة.

وإنجاز معيار الصدق والثبات يحتاج إلى وقت وجهد. وهو سبب قوي لاستخدام المقاييس المتواجدة.

أنواع الأجهزة

تعتمد معظم الأجهزة المستخدمة في العلوم الاجتماعية على التقرير الذاتي للمشاعر، الطباع والسلوك للناس تحت ظروف المقابلة أو استجابة لاستبيان موضوع ذاتيًا. وهناك أساليب قياسات تشمل استخدام المسجلات وملاحظة السلوك. ولكل تناول قوته ومحدداته. استراتيجية القياس المثالي هي قياس الظاهرة ذاتها باستخدام مداخل مختلفة (Webb et al. 1966).

قياسات التقرير الذاتي

قياسات التقرير الذاتي أساسية لأبحاث كثيرة لحاجة الحصول على تقييمات ذاتية للتجارب (مثال الشعور عن الاستشفاء، مستوى الصحة والرفاهة). ولهم مناداة عريضة نظرًا إلى سرعتهم في الاستعراض وكما تشمل تفسيرات صغيرة من الباحث. وقد تأخذ قياسات التقرير الذاتي أشكالا عديدة:

مقاسات الفقرة الواحدة

هي أسئلة تقرير ذاتي تستخدم سؤالا واحدا، معدلا أو فقرة لقياس مفهوم موضع الاهتمام.

البطارية

هي مجموعة من أسئلة التقرير الذاتي، معدلات أو فقرات تستخدم لقياس مفهوم. والإجابات لا تجمع أو توزن. وهي سلسلة من قياسات واحدة الفقرات، وكلها تناقش نفس المفهوم.

المقياس

سلسلة أسئلة للتقرير الذاتي أو معدلات أو فقرات تستخدم لقياس مفهوم. ودرجات الإجابة لهذه الفقرات في نفس السياق، وهي تجمع ويمكن وزنها.

لا يرغب بعض الباحثين أحيانًا في استخدام مقياس طويل، حيث إن استبيانهم طويل بدرجة ما، ويفضلون أسئلة ذات فقرة واحدة وعمومًا، حيث يسمح طول الاستبيان، فإن المقاييس مُفَضّلة لاحتوائها على عدد كبير من الفقرات وهي مناسبة للإحصاء الحسابي مستخدمةً جمع ووزن النقاط، وقياسات الفقرة الواحدة أقل تفضيلا حيث إنه مشكوك بها لأن سؤالا واحدا يمكنه تناول ظاهرة ما، ومن الصعب أيضًا تقييم مدى كفاية جهاز وحيد الفقرات.

إجابات فقرات المقياس

هناك أنواع كثيرة لطرق المقاييس لاستجابات الفقرة، كلما كانت الفروق دقيقة بين إجابات الأشخاص، زادت دقة القياس. مثلا بدلا من سؤال شخص لمجرد الموافقة أو عدم الموافقة على عبارة ما (هذا يترك لنا فئتين من الإجابات فقط (الاسمية)) فمن المفضل سؤالهم تحديد رأيهم خلال موافقة مستمرة: مثلا "عدم الموافقة بشدة، عدم الموافقة، لا أرى، الموافقة أو الموافقة بشدة" (Liken 1952). عواقب السلوك والمواقف ليست سهلة التقسيم بين موافق ومعارض، فهي تقع عادة في نطاق الاستمرارية. فالسؤال عن الصعوبات الخاصة بعملية الاغتسال قد تثير مجموعة من الاستجابات من "لا صعوبة"

إلى "سهولة" "متوسط" و "صعوبة شديدة" ، أو "عدم القدرة على فعلها إطلاقًا" . إن تقديم مجموعة عريضة من الخيارات من شأنه خفض القدرة للخطأ نتيجة للارتباك ، فلا يجب أن تكون السلسلة المستمرة كبيرة ، وإلا سوف تظهر الاستجابات الخالية من المعنى .

إذا كان الهدف من البحث إعلان الاستجابات المستمرة بدلا من الجازمة ، فهناك عدد من التقنيات الممكنة . إحداها هي سؤال المستجيبين أن يحددوا إجاباتهم على مقياس مشابه مرئي (مثال خط 100 مم) ، مع وصف مثل "مكتئب جداً" إلى "غير مكتئب" في كل نهاية . ويطلب من المستجيبين أن يضعوا علامة على الخط الموضح لحالتهم . ويوجد شواهد قليلة أن الطرق المختلفة (مثال : خيارات الإجابات الجازمة أو المقياس المشابه المرئي) تؤدي إلى استجابات مختلفة واختيار الطريقة يعتمد تماماً على تفضيل الباحث .

طريقة مستخدمة في تطوير المقاييس هي طريقة Thurstone . وتشمل السؤال عن ترتيب العبارات المرتبطة بالمتغير ذي الاهتمام ، الذي يسجل على بطاقات ، في ترتيب تدريجي خاص من المرغوب أكثر إلى المرغوب أقل . وتفاصيل ونظام النقاط لهذه التقنية وصفه كل من سترينر و نورمان (2003) ومذكور في معظم الكتب المرجعية النفسية وكتب علم الإجراءات .

بالنسبة للحالة الوظيفية ، هناك طرق كثيرة للنقاط ولتقييم الوظيفة بالمقياس ؛ بينما هناك عدد من الفقرات يمكن ترتيبها من حيث نطاق الصعوبة . والتصور أن المرضى القادرين على أداء مهمة معينة يمكنهم عمل كل المهام بسهولة . وبالتالي إذا لم يستطيعوا القيام بواجب ما فلن يستطيعوا القيام بواجبات أعلى . وقد كان مقياس Guttman (1944) عن الإعاقة من المحاولات الأولى في هذا المجال . فقد قام بتقسيم درجات عجز المرضى بالنسبة لعدد من النشاطات مثل التغذية : الاحتباس ، القدرة على التجول ،

ارتداء الملابس، الاغتسال. تفترض هذه الطريقة أن الإعاقة يمكن ترتيبها. بشرط تَقَدُّمِها بانتظام من نشاط إلى آخر (مثال: المريض يجد صعوبة في الاستحمام، ثم في الاستحمام والملبس ثم صعوبة في كل النشاطات الخمس)، هذا النوع من المقياس يعطي درجة واحدة من 1 - 6 (لا إعاقة ← إعاقة لكل الخمس نشاطات). كمثال، فإن أربع إعاقات تسجل تسجيلا أسوأ من ثلاث وعند تسجيل 6 فإن هذا يعني أن كل الفقرات 2 - 5 تم تأكيدها. ومثال للقياسات المعروفة لاستخدام هذا المقياس هي كل من المؤشرات أنشطة الحياة اليومية (ADL) و مقاييس قياس تأثير الالتهاب المفصلي (AIMS) وهي طرق قياس. تم تطوير جهاز لجوتمان بواسطة Williams et al. عام 1976، وكانت أنشطة المقياس غير شاملة لنشاطات الحياة اليومية. والجهاز مميز بوجود مقياسين، واحد للرجال وآخر للنساء. وهناك جهد مستمر لتحسين المقياس. وعلى الرغم من شهرة مقياس Gutman، فقد انتُقِدَ لطريقة استخدامه موازين متساوية لاستجابة الفقرة. مثال، الاستجابات للفقرة من 1 - 6، فإن صاحب النقاط الأعلى يعني أكبر ضعف، لا يمكن الافتراض بأن 6 هي ست مرات أسوأ من واحد (Skinner and Yett 1972).

وزن فقرات المقياس

تشمل كثير من المقاييس ببساطة مجموع نقاط الفقرات، وتعطي لكل منها وزنًا متساويًا. وهذا هو الحل الأسهل لنقاط المقياس. وهناك مشكلة أساسية لهذه الطريقة: بعض الفقرات قد تكون أهم للبناء التحتي للمقياس عن غيره ويجب أن يشارك أكثر للنقاط الكلية. وتحول عملية الجمع أيضًا بطريقة خاطئة ما هو في أحسن نتائجه بيانات ترتيبية إلى مستوى داخلي للقياس عند استخدام الطرق الإحصائية. ويحتاج المرء إلى الاحتياط الإحصائي.

والمشكلة في كثير من طرق تسجيل النقاط، خاصة عند استخدام أوزان متعادلة لكل فقرة، أنه يمكن الوصول إلى تسجيل نقطة معينة بطرق مختلفة. فالشخص المرح صافي العقل ولكنه غير قادر على السير بسبب الالتهاب المفصلي قد يصل إلى نفس النقاط في المقياس مثل شخص سليم بدنيًا ولكنه متخاذل وغير متوازن. في الوقت الذي يكون فيه هذا مفيد لتقييم شدة المجهود للمشتغلين، فهو ليس من المفيد لتقييم ناتج مريض تحت أي ظرف. قد يزيد التسجيل للنقاط من حدة تحريف الجهاز لخبرة الأشخاص. ويمكن تجنب المشكلة بعلاج كل أوجه الإعاقة والحالة الصحية بتوازن للشدة العامة للمشاركين، والتعبير عن النتائج لكل فقرة منفصلة. مشكلة هذه الطريقة أن تعدد الإعاقات لا يكون واضحًا في هذه الحالة وهذا النوع من الانكسار مربك في التحاليل. والبديل هو استخدام قيم أخرى مختلفة (أوزان) فقرات المقاييس لأغراض تسجيل النقاط. ويعتمد المقياس الطبيعي على تنظيم الفقرات إلى مستوى كبير وصغير. مثال. للمعاقين، "القادرين على تغذية أنفسهم" يعطون ضعف الثقل "لهؤلاء الذين يستطيعون بمفردهم إن يلبسوا أنفسهم". المكونات الرئيسية للمقياس تعتمد على الشواهد الداخلية للبيانات المراد وزنها، وبالتالي حساب الأوزان النسبية المعطاه لكل فقرة لبناء مؤشر خطي إضافي. العديد من الاستبيانات لمؤشر الصحة تقع تحت هذه المستويات. والطرق الرئيسية للوزن تم كتابتها بوضوح وشمول بواسطة Streiner and Norman (2003). والاستخدامات الأكثر هي لعدد مختلف من الفقرات لقياس الأوجه المختلفة للسلوك، بنسبة الأهمية داخل البناء للفقرات. إن المجموع لأي مقياس ثانوي هو عدد الفقرات التي لها استجابة من الاهتمام مقسومًا على العدد الكلي للفقرات خلال المقياس الثانوي. وتسجيل نقاط، المقياس الثانوي يمكن إضافتها إلى مجموع نقاط المقايس. لذا، فإن أية مساهمة من المقياس الثانوي بنفس القدر لمجموع نقاط تسجيل المقياس، حتى إذا احتوت كل منها على أعداد مختلفة من الفقرات.

في التطبيق، وُجِد أن وزن الفقرات يختلف بفروق قليلة عن نقاط الشخص النسبية، على الرغم من تأصُّل المنطق في التقنية. لأن الناس الذين يسجلون درجات عالية على مقياس ما، غالبًا ما يسجلون تسجيلات مرتفعة على المقاييس الأخرى. وقد أعطى أمثلة على ذلك كل من سترينر و نورمان (2003). من ناحية أخرى، وزن الفقرات قد يزيد القدرة التنبؤية لمؤشر (Perloff and Persons 1988). وقد توصل سترينر و نورمان (2003). للاستنتاج بأنه عندما يحتوي المقياس على الأقل على 40 فقرة، أو عندما تكون الفقرات متآلفة، فإن اختلاف الوزن يساهم مساهمة قليلة (ما عدا التعقيد في تسجيل النقاط).

فائدة تقييم المقاييس

لقد وضع الاقتصاديون سلسلة من تقنيات المقاييس الاقتصادية أخيراً، كمحاولة للوصول لقيم عددية للحالة الصحية. وتعرف هذه باسم فائدة التقييمات، وأهم تطبيقات لهم هي سنة ضبط نوعية الحياة (Chinage 1965; Rosser and Watts 1971; Kaplan and Bush 1988. تمثل QALY (سنة ضبط نوعية الحياة) سنةً كاملة لنوعية الحياة. قد تُخفض الصحة الضعيفة نوعية السنة. وفي QALY فإن التحسن في طول ونوعية الحياة مندمج في مؤشر واحد. فكل عام من الحياة مرتبط بالنوعية مع قيمة الفائدة، حيث 1 = صحة كاملة. و QALY تقاس بوحدات المنفعة من الناحية الطبية، أملا لانعكاس التغير في الحياة مع تغير عامل له ثقلهُ في نوعية الحياة.

ومختلف طرق التدخل الطبي تقارن بحساب التكاليف في مقابل الحصول على كل سنة QALY (Williams 1985). و QALY يمكن حسابها بطرق مختلفة عديدة مثل مؤشر روزر للإعاقة (1972) Rosser and Watts، وكذلك طرق المقامرة المعيارية. وتقييم المقياس، والتجارة (Torrance et al. 1972, 1982; Torrance 1986, 1987). وسوف يرجع

إليه هنا باختصار، ويجب أن يراجع القراء ما كتبه الأخصائي لتقييمهم (مثال : Torrance 1986, Teeling Smith 1988).

معدل المقياس

معدل المقياس مناسب لقياس الأفضلية في الحالة الصحية المزمنة أو المؤقتة. ومعدل المقياس المثالي يتكون من خط مرسوم على صفحة بنقط نهاية واضحة المعالم مثل أن يكون "الموت / الأقل رغبة" في نهاية ما و "الصحة / الأكثر رغبة" في النهاية الأخرى. والحالات الصحية الباقية تقع على الخط بين النهاتين وفقا لأفضليتهم؛ وفواصل المسافات تمثل الفروق في الأفضلية بين الحالات الصحية، كما توقع المستجيب. وهذه هي تقنية المقياس الفاصلي. والمقياس مُقاسٌ من الصفر وهو ممثل للصحة السيئة للمجموعة وواحد يمثل أحسن الحالات. ويطلب من الشخص أن يختار الأحسن والأسوأ خالات الصحة من المجموعة ويحدد بعد ذلك الحالات الأخرى في المقياس مقارنة ببعضها، حسب مبدأ فواصل المقياس.

المقامرة المعيارية

بهذه التقنية، فإن على الناس الاختيار بين المقامرة، مع وجود ناتج محبب، مع المخاطرة P وناتج أقل أي غير محبب، مع مخاطرة 1 P، ونسب من الرغبات البينية. ويتم سؤال الفرد عن الاحتمالات في الحصول على ناتج محبب له أو أقل محبة مما يجعله غير مبال بين المقامرة واليقين.

ومثال للمقامرة المعيارية هو أخذ شخص يواجه اختيار على الحالة الصحية الفقيرة في مقابل المقامرة بعلاج يعالجه معالجة تامة أو يؤدي للموت (مثل جراحة للذبحة). إذا كانت احتمالية استعادة الصحة الكاملة مختلفة سوف يكون هناك نقطة سيكون بها الشخص غير مبال بين حالته الصحية الضعيفة وأخذ مقامرة الجراحة. فإذا

ما كان الفرد يشعر أن حالته الصحية غير محببة فسوف يكون أكثر قابلية لقبول احتمالية أكبر للموت لكي يتفاداها.

وهناك "تقنية المكافئ"، به يتم سؤال المستجيب للتعرف على نقاط اللامبالاة بين البقاء حيًا لمجموعة من الناس في حالة صحة جيدة ومجموعة أكبر، يحدد حجمها المستجيب، لإناس في حالة صحية ضعيفة.

مقايضة زمنية

مع هذه الطريقة، تكون التقنية في تغير طول الفترة الزمنية لكل حالة صحية بالخيار العلاجي: مثال: للمستجيب خياران ويتم سؤاله عن المفضل له. الخيار الأول يُقدِّم للمستجيب ناتج صحة محدد لفترة زمنية معينة يليها الموت، والخيار الثاني يُقدِّم ناتج آخر لمدة زمنية مختلفة. والزمن مختلف حتى يصبح المستجيب غير مبالٍ بين الخيارين.

وفي هذه التقنية يُطلَب من الناس الحكم عن مدى طول الفترة في حالة صحية واحدة يمكن أن تقايض لمدة زمنية أخرى بحالة صحية أخرى. والمفترض أن، كلما كانت الحالة الصحية أحسن، قصرت الفترة الزمنية للحياة التي يقبلها الناس كمقايضة 'Trad-off' لحياة أطول ولكن في حالة : أقل تفضيلا.

تصل كل المقاييس المفيدة إلى مستوى مقياس فتري. وقد وجد الناس أن تقنية المقايضة الأسهل للقياسات المفيدة، وقد وجدوا أن المقامرة المعيارية أصعب للناس، والمقياس المعدل أصعب أيضًا. هناك نقد لهذه التكنيكات، هو أن حاملي الأمراض يحددون في الغالب استفادات إيجابية لحالاتهم الصحية المتدهورة عن الناس الطبيعيين والمرضى نظريًا. وقد يشعر كبار السن أن الوجود المؤلم الضعيف لهم له نفس القيمة التي لدى الأشخاص الآخرين ذوي الحالة الصحية الحسنى ظاهريًا.

مثل هذه النماذج تعاني من محددات كثيرة. فهي لم تختبر كافيًا من حيث

الثبات والصدق : ونادرًا ما يسألون المرضى لعمل معدلات (Carr-Hill 1989, Carr-Hill and Morris 1991) . يتم الحكم عادة بواسطة "الخبراء" والمرضى "بالوكالة" (مثال الأطباء والممرضات وطلاب الطب) . ويؤكدون أن الناس يصبحون ذوي كفاية عقلية عند تقييم نوعية الحياة ، وأن قيمة الحكم الفردي لا تتدخل مع معدلاتهم . ومن الصعب جعل نوعية الحياة كمية ، حيث إنها مفهوم متعدد الأبعاد ، مقدر برقم واحد .

تقدم الفصول التالية عرضًا عن قياس الحالة الصحية الشاملة وقياس مجالات خاصة ترتبط بالصحة ، تشمل نوعية الحياة الشاملة . المقياس الشامل مفيد عندما يهدف الباحثون إلى عمل مقارنة بين الظروف أو مجموعات المجتمع . ومقياس المجال الخاص يجب أن يستخدم عندما يكون الموضوع ذا اهتمام خاص للباحث . وبعض مقاييس المجال الخاصة تتداخل مع المقاييس ذات الصلة بالمرض (مقاييس الوظيفة البدنية والرفاهة النفسية) . والمقاييس الخاصة بالمرض مفيدة عند الاحتياج لتقييم أمراض أو حالات خاصة ، حيث تكون ذات صلة بالحالة أكثر وتكون أكثر حساسية . وتم مناقشة المقاييس ذات الصلة بالمرض في قياس الأمراض Measuring Diease (Bowling 2001) .

3

قياس القدرات الوظيفية

هناك عدد من التقنيات الإجرائية المتوفرة لقياس الوظائف : اختبار بدني مباشر للوظيفة، ملاحظة مباشرة للسلوك مقابلات مع الشخص المناسب أو مجموعة ثالثة. وكل طريقة لها حدودها ، كما وُضِحَ . الملاحظة المباشرة نادراً ما تستخدم نظراً إلى احتياجها للوقت الطويل. الاختبار المباشر للوظيفة ، مثل مدى حركة الأرجل، قوة القبضة ، زمن السير ، أو أشياء معيارية مثل ورم المفاصل ، نقاط الألم ، تصلب الصباح ، معدل سرعة الترسيب للكرات الحمراء . من الناحية الموضوعية فإن اختبارها لا يعطي مؤشراً دقيقًا عن القدرة على الأداء . نجد أن قوة القبضة قد توضح مدى قدرة المريض على الضغط على كيس في يوم ما . وقد يهتم المريض بأحاسيس شكلية وخفض النشاطات المرتبطة بالحياة اليومية .

معظم قياسات الإعاقة الوظيفية هي طرق ذاتية التقرير . ويتم سؤال المستجيبين عن مدى حدود النشاطات لحياتهم اليومية (ADL). وفي بعض الأحيان لا يرغب الباحثون في استخدام قياس مقياس طويل للحالة الوظيفية ، بسبب كون الاستبيان طويلا ، ويفضلون أسئلة ذات فقرة واحدة . مثال معروف جداً هو المسح البريطاني العام للشئون المنزلية الذي تحدد أسئلته التي تقيس الحالة الوظيفية في :

هل لديك مرض مزمن، عجز أو عدم قدرة على الحركة؟ والمقصود بمزمن أي شيء ما يضايقك لفترة طويلة أو يصيبك لفترة ما.

إذا كانت الإجابة نعم.

هل هذا المرض أو الإعاقة يحدد نشاطك

وتعريف المرض المزمن: هو أنه إجابة إيجابية للجزء الأول من السؤال

ومرض لمدة طويلة: إجابة إيجابية لجزأي السؤال.

ويتم سؤال المستجيبين "ما حالكم" والاستجابات مقسمة إلى مجموعات للأمراض مماثلة للتقسيم الدولي للأمراض.

(مكتب الإحصاء الرسمي للسكان والمسوح 1987، مكتب الإحصاءات القومي 2002)

النقد الأساسي لهذا النوع من القياس، هو أن الإجابات قد تختلف مع توقع حالة الأفراد للمرض والصحة وإدراكهم الحدود. الموضوعية مدرجة. يرد الأفراد قصيرو النظر "بنعم"، أو لا يحددون حالتهم "بطويلة المرض، الإعاقة، العجز"، أو هناك حدود. أيضًا، الأفراد المعتادون على حالتهم وحدود وضعهم فقد يكونون قد تعودوا على ذلك ولا يعرفون حالتهم بالمحدودية. إنما في حالة الاحتياج إلى قياس يتوقع الحالة الصحية، عن مجرد مؤشر مرضي موضوعي، فإن الرأي الفطري الذاتي هو قوة القياس.

هناك الكثير من القياسات للقدرة الوظيفية. بعضها يركز على الحركة الأساسية (مثال السير داخل / خارج المنزل)، على الرغم من أن معظمها يشمل النشاطات ذاتية العناية (وتشمل القدرة على الغسيل الذاتي، الحمام، استخدام المرحاض، الأكل والشرب) مع النشاطات التي تستلزم استخدام الأجهزة للحياة اليومية (IADL) التي توضح النشاطات التي نحتاجها للحفاظ على الاستقلالية والمستوى المثالي للوظيفة (مثل الكي، المشتريات، أعمال المنزل، إعداد / طبخ الوجبات).

فقط القياسات التي تقاس جيداً للثبات والصدق، وهي ذات اهتمام خاص، تستخدم بكثرة، في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية وتقدم بالتفصيل. وكذلك تستخدم مقاييس أخرى، أقدم وأقل اختباراً وهي معروفة وتستخدم بكفرة وكذلك تقدم، ولكن بتفاصيل أقل. (مثل دليل الحياة اليومية للنشاطات، دليل بارثل Barthel ودليل كارنوفسكي Karnofsky للأداء). وقد أوصى Deyo (1993) أن هذه المقاييس القديمة للوظائف يجب أن يُقلع عن استخدامها من أجل الأحدث (مثل HAQ، AIMS)، واستمر الباحثون في استخدام هذه المقاييس القديمة، نظراً إلى بساطتها وكونها مختصرة في التسجيل. ومن المقاييس المستخدمة لمدد طويلة مقارنة بالقياسات المستخدمة نجد أن مقياس Bowling (2001) Measaring diseese يستخدم بكثرة في مجالات الأمراض. كما توجد قياسات لحالة الصحة الأشمل وتشمل مقاييس فرعية للقدرة الوظيفية. وسنناقش في الفصل الرابع على مقاييس لحالة الصحة الأشمل.

تستخدم قياسات القدرة الوظيفية بكثرة في المسوح السكانية ودراسات التقييم لأنها من الناحية الاجتماعية مناسبة، سهلة التفسير. هنالك حدود للرعاية الذاتية لمجموع السكان. أقل من 0.5% تمثل تحديداً في تناول الغذاء، الملبس، الاستحمام، أو استخدام المرحاض نظراً إلى قلة الصحة. لذا ففي الدراسات لمجموع السكان، يجب أن يتم اختيار هذه الفقرات مفردة مقارنةً بالدراسات عن المرض الشديد وكبار السن، حيث تكون إجراءات الرعاية الذاتية أكثر ملاءمة. كذا فإن القياسات العريضة للوظائف قد تفقد تأثيرات خاصة للمرض، وقياسات شاملة يجب أن تضاف مع قياسات مركزة للحالة المرضية.

معظم قياسات الوظائف مركزة على الحركة، الرعاية الذاتية وأعمال تُستخدم فيها الأجهزة، مع تجاهل الناحية المالية، والعاطفية والاحتياج الاجتماعي الذي قد يكون مساوياً في الأهمية أو أهم. والقياسات الوظيفية للنشاط والبدن ذات الحدود، لا تعطي

تقييما وظيفيًا، عن الدور الاجتماعي اليومي، الوظيفة العقلية، الوظيفة الجنسية، الألم، والراحة. كما يتم تجاهل قياسات عن الأعمال المنزلية، كمثال، تأثير حالة الزمن اللازم لأداء أعمال روتينية مثل الطهي، المشتريات، التنظيف، مهام العناية بالطفل، وأدوار أخرى. فإن تقييم إرضاء المرضى واختياراتهم من حيث المستوى الوظيفي نادرًا ما يحدث. مثال، قد يفضل الناس القيام باغتسال جزئي عن المجازفة بالتزلق عند أخذ حمام. وفي مقاييس الوظائف يفترض دائمًا من الباحثين أن المستجيبين الذين يأخذون نقاطًا منخفضة، بالضرورة يحيون حياة فقيرة النوعية مقارنة بمريض ذي نقاط عالية. وبالتالي فالشخص المعاق على كرسي خاص قد ينخفض تسجيل قدرته على الأداء الوظيفي، وبالتالي فإنه يُعامَل من الباحثين على أنه فقد من حيث نوعية الحياة. على الرغم من حقيقة تلقيه دعمًا اجتماعيًا جيدًا، ويقدرون نوعية حياتهم الخاصة بتقدير جيد.

لقد تم تطوير معظم المقاييس على أساس حكم المحترفين (مثال أطباء) على القدرات الأساسية اليومية. وقد سأل Berg et al. (1976)، 150 عاملا في مجال الصحة لتقييم أوزان من صفر – 10 لعدد 50 قدرة أو وظيفة في القائمة. قد تم استخدام أيضا أسئلة مفتوحة لتحديد الوظائف غير الموجودة بالقائمة. وجدت مشاكل جمة لتحديد فقرات ذات معنى لوصف الفقد الوظيفي لكثير من المستجيبين. وقد حدد المستجيبون أعلى متوسط قيم للقدرة على استخدام القدرة العقلية، للرؤية، للتفكير بوضوح، للحب وأن تحب، لتقرير قرارات لنفسك، لتحيا في المنزل، لتسير، لتتصل بالأسرة والأصدقاء، ولتتكلم. وعلى الرغم من محدودية حجم العينة على العاملين في مجال الصحة فقط، أوضحت النتائج الاحتياج لاعتبار حكم الأشخاص العاديين هامًا وظيفيًا وإضافة ذلك في القياس للناتج الصحي. كما توجد وجهات نظر أخرى عن كيفية أداء

الناس، في مجال الأطباء والمرض مثلا، قد يفضل المريض السير بدون مساعدة أو عكاز، بينما يرى الطبيب "المساعدة في السير والعكاز، كعلامة للناتج المَرضي.

ومشكلة قياس الإعاقة الوظيفية مضاف إليها بعض الصعوبات والعوامل المتداخلة. وإحدى المشاكل الرئيسية لاستخدام دليل وظيفي أن الناس المختلفة قد تتفاعل بطرق مختلفة للمستوى المتشابه ظاهريًا للأداء البدني غير السليم، اعتمادًا على ما لديهم من توقعات، أفضليات، أهداف، شبكات للدعم الاجتماعي وهكذا. والإعاقة الوظيفية، مثل الاعتمادية، ما هي إلا تصور متعدد الأبعاد قد يرتبط بالعوامل البدنية، العقلية، المعرفية، الاجتماعية، الاقتصادية والبيئية (Wilkims 1987). لذا، فإنه تصور متفاعل، وليس من الضروري أن يكون نتيجة العجز ولكن قد يكون من الجلوس في الحمام. المرحاض، وغيره من التسهيلات والضرورة في استخدام الدرج (السلم). ومن حيث الاعتمادية، الصعوبة قد تكون ناتجة عن وجود المساعدات وعدد مرات المساعدة وتوقيتها. توقع الصعوبة مع كل من الاعتمادية والعجز قد يتأثر بالتاريخ السابق وتوقعات المستقبل. مما يعني، أن معظم المقاييس ليست حساسة بالقدر كما يسألون المستجيبين هل لديهم بعض المشاكل مع الواجبات، الأداء إذا كانوا غير قادرين على القيام به إطلاقًا. المشكلة هي الحدود التي تمنع الشخص من الإجابة بالإيجاب عن السؤال؟ كما تحتاج إلى تطوير المقاييس الأكثر حساسية مع استجابات متنوعة مبنية على درجة الصعوبة.

وأخيرًا، فإن الحرص مطلوب عندما نقرر أي مقياس يستخدم. ويجب تطوير القياسات. وكذلك التقييم والتعرف على الصلاحية لإحدى العينات أو لاثنتين - للأشخاص الذين يعيشون في المجتمع أو في المعاهد. وليس من الضروري أن تكون القياسات متبادلة بين العينات. ويجب أن يكون القياس مناسبًا لنوع المجتمع. وقد تم تطوير الكثير من القياسات لكي تتناسب مع مجموعة عمرية معينة وقد تكون غير متناسبة في الاستخدام مع مجموعة عمرية أخرى.

جدول مصادر كبار السن الأمريكان والخدمات (OMRS)
استبيان تقييم الوظائف متعددة الأبعاد (OMFAQ)

قد تطور (OARS) الخاص بـ (OMFAQ) لكن يقيس مستوى الوظائف والاحتياج لخدمة كبار السن. تم ذلك في مركز جامعة ديوك لدراسة كبار السن والتطور البشري (Fillenbaum and Smyer 1981; Fillen Baum 1978, 1988) وتم تطوير القياس ليستخدم مع كبار السن من 55 عاماً وما يزيد في هذه المجموعة العمرية فقط. اختبر .Gatz et al (1987) OARS على عينة من أكثر من 1,000 شخص بين 26 - 86 سنة وأقر أن الاختبار الدولي للنقاط قد يؤدي إلى أخطاء عند تطبيقه على فئات عمرية مختلفة. يمكن استخدامه على عينات مجتمعية أو في المعاهد. في حالة استخدام عينة المعاهد هناك بعض الأسئلة تحذف وتضاف فقرات خاصة بالمعاهد.

يقيس قياس OARS خمسة أبعاد للوظائف الشخصية، تشمل التلف العقلي. وعلى الرغم من شهرته، هناك عمل قليل في مجال قياس خصائص مقياس الصحة العقلية.

الاستخدامات الكثيرة لقياس OARS في أثناء بنائه موصوفة في كتيب OARS (Fillen Baum 1978). واحد من أكثر الدراسات المعروفة في استخدام استبيان OARS كان المسح الخاص بالدعم الاجتماعي فيما يخص الوفيات وتم في درهام – كارولينا الشمالية (Blazer 1982). وقد استخدم 331 شخصاً عمر 65 وأكبر، من مجموع عينة مجتمع 997 شخصاً. وهذه العينة المصغرة توبعت بعد 30 شهراً بعد مقابلة أساسية تقيّم الحالة الوظيفية، الدعم الاجتماعي، أعراض الكآبة؛ الحالة الصحية البدنية وكذلك الوظيفة المعرفية، أحداث الحياة الضاغطة وتدخين السجائر. وجد زيادة معدل الوفيات لمجموعة الدعم الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية. واستبيان OARS استُخدم في الولايات المتحدة الأمريكية وأستراليا وغيرها. ومتوفر ترجمتان بالأسبانية

جاهزتان للاستخدام لمتحدثي الأسبانية في القارة الأمريكية. وكذلك نسخة برازيلية لمقياس الصحة العقلية؛ تم تطويرها (Blay et al. 1988). واستخدام مقياس OARS للصحة العقلية والوظائف البدنية (IADL) أصبح شائعًا أكثر من استخدام القياس كله (Gatz et al. 1987؛ Pfeiffer et al. 1989؛ Doble et al. 1997).

زمن الاستخدام 45 دقيقة في المتوسط ولكنه قد يأخذ ساعة عمومًا في الاستخدام الذي يحد من استخدام OARS هو طوله. وتم عمل نسخة أقصر من OARS وسُميت (FAI) البيان المفصّل للتقييم الوظيفي. ويأخذ حوالي 35 دقيقة في الاستخدام. ولكنه لا يوجد به تفاصيل الاستخدام المفصل للفقرات (Pfeiffer et al. 1989). وتدريب القائمين بالمقابلات، ويأخذ يومين، مطلوب أيضًا. وطريقة العمل مفسرة في كتيب يمكن طلبه من الكُتاب. وكما في معظم المقاييس، OARS لا يمكن نسخه ويحتاج إذنًا من المؤلفين.

المحتوى

يتكون الاستبيان من قسمين غير مستقلين. الجزء أ - يتكون من تقييم الوظائف من خلال خمس مجالات: الاجتماعي، الاقتصادي؛ العقلي، الصحة البدنية والنشاطات اليومية. يقوم القائمون بالمقابلات بتقدير القدرات، الاستجابات للفقرات لكل منطقة ملخصة في مقياس من 6 نقاط. (مثال مستوى الوظيفة صفر = ممتاز، 6 = ضعف تام). وهذه التقديرات الخمسة تمد بشكل يوضح الوظائف المناسبة لخمس مناطق. هذا المقياس يحوي 66 سؤالا بالإضافة 10 أسئلة تكميلية من خلال المُبَلِّغ informant. وإذا تمت إضافة الأسئلة الفرعية، سيصبح إجمالي عدد الفقرات المستعلم عنها 120، بالإضافة إلى خمسة ملخصات لتقديرات أفراد المقابلات. الجزء ب - تقييم خدمي بوجه الاحتياجات إلى 24 خدمة محددة، محددين لكل منها الاستخدام الحالي، ومدى الاستخدام في الشهور الستة الماضية، نوع مُقدم الخدمة والاحتياج المتوقع. كما يوجد

قسم ديموغرافي. ويبحث المستجيب عن المعلومات، والمقابلات القبلية مسموح بها. فعال للفقرات:

هل يمكنك الذهاب للسفر لمسافات؟

2 بدون مساعدة (السفر وحدك بالأتوبيس، الأجرة، تقود السيارة الخاصة.

1 بعض المساعدات (للمساعدة أو للسفر معك).

0 أو لا تستطيع السفر إلا تحت ظروف تحضير سيارة طوارئ متخصصة مثل عربة الإسعاف؟

– لا إجابة.

هل تستطيع الذهاب للمشتريات البقالة أو الملابس (باستخدام وسيلة نقل)؟

2 بدون مساعدة (تتولى كل متطلبات التسوق بنفسك، مع وجود وسيلة مواصلات لديك).

1 بعض المساعدة (مع أحد الأشخاص يرافقك في كل جولات التسوق).

0 أم غير قادر على الذهاب للمشتريات؟

- لا إجابة.

هل تستطيع تحضير وجباتك؟

2 بدون مساعدة (تعد وتطهو وجباتك الكاملة بنفسك).

1 بعض المساعدة (يمكن تحضير بعض الأشياء ولكن غير قادر على طهو كل وجباتك بنفسك).

0 أو لا يمكنك تحضير أي وجبات؟

لا إجابة.

هل يمكنك القيام بالأعمال المنزلية؟

2 بدون مساعدة (مسح الأرضية وغيرها).

1 ببعض المساعدة (يحتاج مساعدة في الأعمال الصعبة).

0 أم غير قادر على عمل الأعمال المنزلية؟

- لا إجابة.

النقاط

هناك طرق مختلفة للتجميع. تقديرات 1 - 6 لكل من المقاييس الخمسة يمكن أن تجمع. (5 = ممتاز وظيفيًا في كل منطقة إلى 30: ضعف تام)، على الرغم من أن الجمع يسبب مشكلة كما سبق القول. بالتبادل، رقم المنطقة للوظيفة التي بها ضعف وظيفي يمكن أن يتم عدُّه. لعمل ذلك يجب تحديد أي مستوى من الوظائف تشير إلى الضعف الوظيفي يمكن تجميع تقديرات 1 و 2 وتقارن بتقديرات 3 - 6 (أي سليم مقابل ضعف وظيفي) أو عكس ذلك بين 1 - 3 و 4 - 6. تجمع المناطق، يعطينا نظام الفصل السادس (صفر مناطق ضعف وظيفي إلى 5 مناطق ضعف). هناك تقسيم معقد يعتمد على مقياس ثلاثي (1 + 3/2 + 5/4 + 6) الذي يأخذ في الاعتبار لعددي مناطق الضعف ومدى شدة الضعف الوظيفي القائمة. والتفاصيل في الكتيب. كما يمكن الكشف عن الإجابة لكل سؤال بمفرده ومعالجة الفقرات كوحدات منفصلة. لأهداف إكلينيكية من المهم الحفاظ على الاختلافات ولكن ليس لأهداف سكانية.

والتقسيم المبني على المعلومات المجمعة تفترض أن المناطق متساوية، في الوقت الحالي فإن صدق هذا الافتراض لم يتم عمله. بالتالي فإن جهاز التقسيم الذي يحافظ على الفروق بين المناطق قد يكون مفضلا.

الصدق

تم اختيار OARS ، FAI الأقصر بكثافة للصدق في المراحل المختلفة من تطوره (Fillenbaum 1978, Cairl et al. 1983) . كلا الجهازين يظهر أنه يحتوي على شكل ومحتوى الصدق ، على الرغم من صدق التنبؤ و التمييز لم يختبر على نحو كاف .

تم اختيار معيار الصدق على 33 مريضاً من ناحية الممارسة الطبية . ارتباط سبيرمان بين معايير التقدير المنفصلة والفقرات الاقتصادية كانت 0.68 و 0.67 للصحة العقلية ، 0.82 للصحة البدنية ، 0.89 لقدرات الرعاية الذاتية . وفي دراسة أخرى لعدد 82 مركزاً مجتمعيا كان ارتباط سبيرمان بين الدرجات النفسية المستقلة وأنماط الصحة العقلية 0.62 وبين درجة مساعدي الأطباء وأنماط الصحة البدنية 0.70 . هناك نتائج تفصيلية للصدق والصلاحية لجهاز OARS يمكن التعرف عليه في Fillenbaum (1978) و Fillenbaum & Smyer (1981) ونتائج FAI توجد في Cairl et al. (1983) .

وقد قام Fillenbaum (1988) بتحليل العامل التركيبي لجهاز OARS وقد قرر أنه يمثل ثلاثة عوامل داخل المصادر الاجتماعية . أحدها في المصادر الاقتصادية ، وأربع في الصحة العقلية (رضا العيش ، أعراض نفسية جسدية ، الاختلال العقلي ، نقص معرفي) وواحد في كل من مقاييس الوظائف البدنية الفرعية مؤكداً تقسيمهم إلى ADL و IADL . وأنماط الصحة العقلية تم استخدامها منفصلة ، في جهاز يُسمى جدول التقييم النفسي القصير ، والتحليل العاملي لهذا المقياس الفرعي أن أنماطه 15 تمثل 3 عوامل مميزة : الاختلال العقلي ، أعراض جسدية ، الاكتئاب (Gatz et al. 1987) .

الثبات

تم عمل اختبارات مكثفة OARS و FAI للثبات . وتمت اختبارات الموافقة على تقييم 11 مُقيِّماً قاموا باختيار 30 مريضاً . وكانت الارتباطات بين الأقسام بين 0.66 للصحة البدنية

إلى 0.87 للرعاية الذاتية، واتفق المُقيِّمون على 74% من التقييمات (Fillenbaum 1978). تقييمات الثبات لاستبيان خدمة المجتمع قد أعطت معامل كندل للاتساق بين 0.70 و 0.93. واختبار وإعادة اختبار الثبات، تم في فترة تتباعد عن بعضها بـ12 - 18 شهراً، أعطت ارتباطات بين 0.47 و 1.00. وارتباطات 5 أسابيع من الاختبار وإعادة الاختبار مبنية على تقدير 30 شخصاً من كبار السن ونتيجته 0.82 بالنسبة لأسئلة النشاط البدني اليومي (ADL) مثل الاهتمام الشخصي، و 0.71 لأسئلة IADL النشاطات التي تستلزم استخدام أجهزة للحياة اليومية مثال الأعمال المنزلية، و 0.79 لمصادر الاقتصاد. وبالنسبة للمصادر الاجتماعية كان الارتباط 0.71 والأسئلة الموضوعية 0.53 وكان المعامل للرضا بالعيش والصحة العقلية أقل: 0.42و 0.32 على التوالي.

على الرغم أن كثيراً من البيانات على الثبات والصدق يرجع إلى النقل السابق للجهاز، فإن OARS أظهر تفوقًا على معظم القياسات الأخرى. هناك قليل من الشواهد لاستخدام مقياس OARS الحديث بأكمله، وقد أوصى به (McDowell and (Newell 1996 في عرضهما المفصّل للقياسات، اللذان طلبا دراسات أكثر وأعرض على الخصائص السيكومترية. ومن جانب آخر فقد تم انتقاد للأعداد الكبيرة للفقرات الإضافية وكذلك طول فترة الاستخدام (Perlman 1987) (HAQ) **استبيان تقييم صحة مركز الالتهاب المفصلي طوّر .Fries et al (1980) HAQ** على أساس أن الناتج يجب أن يُقاس بمسمى نظام القيمة للمريض. القدرة الوظيفية (للمشي مثلا) هي إحدى مكوناتها ولكن سرعة الترسيب ليست كذلك. وقد كان الإطار المستخدم في تطوير HAQ قد بني على الاعتقاد أن المريض يرغب في الحياة: خالٍ من الألم، ذو وظائف طبيعية، يحدث له أقل تسمم علاجي، كما يحل مشاكله المالية. ناتج المريض ممثلة بالآتي:

1 الموت

2 عدم الراحة

3 الإعاقة

4 تسمم علاجي

5 القيمة بالدولار.

كان HAQ أحد أوائل القياسات للوظائف الأشمل المبنية على المريض.

وفي عملية تطوير هذا القياس، تم اختيار 62 سؤالا من الاستبيان المستخدم في مجال أمراض الروماتيزم وغير ذلك، بما في ذلك قاعدة المعلومات الموحدة لأمراض الروماتيزم (Convery et al. 1977 ; Fries et al. 1974) دليل بارثل Mahoney (Katz et al. 1963 ; and Barthel 1965). اختبار القياس للثبات والصدق لمرضى الروماتيزم المفصلي خفض القياس إلى 21 سؤالاً، مقسمة إلى 9 مكونات، ومدرج بطريقة طبيعية 0 - 3. الفقرات الفردية مع الارتباطات لـ 0.85 أو أعلى تم التخلص منها بسبب الإيجاز، على افتراض أن هذا يؤدي إلى الاختصار بين المكونات. الارتباط لباقي الفقرات كان بين 0.35 و 0.65 Fries et al. (1980). والجهاز الناتج استخدم في أكثر من عشرات المواقع.

HAQ مناسب للاستخدام في البيئات المجتمعية واستخدم بكثرة في حالة المرض بالروماتويد والالتهاب المفصلي ومرض الذئبة، وتصلُّب الفقرات. فهو موجز ومترابط ويمكن استخدامه وجهًا لوجه أو ذاتيًّا، لذا فهو لا يعتمد على الأشخاص المهرة (وهو لذلك رخيص نسبيًّا). واستخدامه يأخذ من 5 - 10 دقائق والعلامات اليدوية يمكن أن تستكمل في دقيقة. و HAQ الكامل هو الأكثر استخداماً. على الرغم من وجود HAQ قصير من صفحتين، ويشمل مقياس القدرة الوظيفية (دليل HAQ للإعاقة).

وكذلك مقياس الألم المشابه المرئي، وكذلك مقياس الصحة العالمي للمرض المشابه المرئي (Bruce and Fries 2003a, 2003b).

المحتوى

تقاس القدرة الوظيفية بـ20 سؤالاً داخل 8 مكونات ترتبط بحركات الطرف العلوي، الأنشطة الحركية للطرف السفلي وكذلك الأنشطة التي تشمل كلا الطرفين: ارتداء الملابس وإعداد النفس، والاستيقاظ، الأكل، والسير: النظافة الصحية، الوصول إلى الأشياء وقبضة اليد ونشاط خارجي. كذا النشاط الجنسي يمكن إضافته في طبعات سابقة. وكل من المكونات السابقة تحتوي على 2 إلى 3 أسئلة. كذلك يتم تقييم الألم، عدم الراحة، التسمم الدوائي والتكاليف المالية. ومقياس القدرة الوظيفية هو الأكثر استخداماً، بدلاً من HAQ الكامل. أمثلة من الأسئلة:

هل أنت قادر على: أن ترتدي بنفسك، بما في ذلك ربط رباط الحذاء والإزار؟

الوقوف من على كرسي بدون أيد؟

دخول السرير والقيام منه؟

السير في الخارج على أرضية مسطحة؟

القيام بالأعمال المنزلية من تنظيف بالمكنسة الكهربية، أعمال الحديقة البسيطة؟

مستوى الإجابة هو، "بدون صعوبة تذكر؛ ببعض الصعوبات؛ بصعوبة كبيرة؛ عدم القدرة على العمل".

العلامات

بالنسبة للقدرة الوظيفية، فإن العلامات العادية 0 - 3 مبني على المقياس التالي: بدون صعوبة = 0 (بدون إعاقة)، ببعض الصعوبات = 1 بصعوبة كبيرة = 2، عدم القدرة على

العمل = 3 (إعاقة تامة) ويحسب الدليل بجمع العلامات والقسمة على العدد الكلي للمكونات التي تمت إجابتها . وقد أشار المؤلفون إلى وجود ممانعة بين المرضى عند الإشارة إلى النشاط الجنسي (Fries et al. 1980) ، وبعض الممتحنين قد حذف هذه الفقرة (Fitzpatrick et al. 1988) ؛ وبذلك فقد حذف من النسخة الحالية للـ HAQ .

مقاييس الألم والتسمم الدوائي تقع بين 0 - 3 . HAQ VAS هو مقياس ألم يسأل عن الألم خلال الأسبوع المنصرم . ويحوي مقياسًا أفقيًا مرئيًا مشابهًا (VAS) يتصل بنهايته رقم 0 (لا ألم) إلى 3 (ألم حاد) . ومقياس من 0 إلى 100 يمكن استخدامه بدلاً منه . ومقياس الحالة الصحية العالمي طوله 15 سم VAS يتصل به رقم صفر (جيد جداً) إلى رقم 100 (ضعيف جداً) . ودليل التسمم الدوائي يتكون من أسئلة عن التأثير المضاد من الدواء والعلاج وتدريجه من لا يوجد = صفر إلى شديد = 3 . وفي قسم تكلفة الأفراد (ينطبق على نظم الرعاية الصحية الخاصة) ، التكاليف الطبية والجراحية محسوبة من العام السابق . أما عدد ونوع الأدوية ، أشعة إكس ، الجراحة ، الزيارات الطبية وما حولها من تمرين وأدوات ، عدد التحاليل المعملية والمستشفى كل هذا مفصل بوضوح . ومتوسط التكلفة للأبحاث التي قام بها فريق البحث (Stan Ford, Colifornia) قد تحدد واستخدم في تحديد القيمة الدولارية . هذا القسم يستخدم في البلدان والمناطق التي تكون فيها التكاليف معروفة . والتكاليف الاجتماعية تحسب بتحديد التغيرات في العمالة ، الدخل ، العمالة المساعدة ، تكاليف النقل للعناية الطبية وكل التكاليف الخاصة بالالتهاب المفصلي على مدار الاثني عشر شهراً المنتهية (Fries et al. 1980) أسئلة التكلفة لم تختبر بطريقة مرضية ؛ وقد كانت الاختبارات الأولية للصدق تعاني من الاستجابة الضعيفة للمرض . ويستخدم معظم الباحثين المقياس الوظيفي فقط .

Fitzpatrick et al. 1989 في مقارناتهم (HAQ) و (FLP) البروفيل الوظيفي المحدود ، (وهو مأخوذ من بروفيل تأثير المرض Sickness Impect Profile) قد أشاروا إلى

أنه لم يتم التوصل إلى شيء فيما يخص الدقة من خلال نظام التسجيل المعقد المستخدم في FLP مقارنة بالنسخة البسيطة للـ HAQ .

الصدق

لقد تم عمل الصدق بكثافة وكذلك ارتباط HAQ ضد الأداء الملاحظ للمريض المدرج من مقبول إلى عالٍ (0.88 - 0.47) (Fries et al. 1980, 1982 Fries 1983; (Kirwan and Reeback 1983 وقد تم ارتباطه على نحو عالٍ بمستوى قياس العيادات والمعامل (Fries et al. 1980, 1982; Ramey et al. 1992, 1996; Bruce and Fries 2003a) .

قامت دراسات عديدة باختبار الصدق للـ HAQ على الأخص وارتباطها مع نتائج الـ HAQ مع مقاييس قياس تأثير الالتهاب المفصلي (AIMS) (Brown et al. 1984 (Fries et al. 1982: . ويقيس الجهازان نفس أبعاد الإعاقة ومعامل الارتباط للباحثين (1982) Fries et al. كان 0.91. والارتباط الداخلي بين الأجزاء الثلاثة لكل جهاز يرتبط بالإعاقة البدنية، الحالة النفسية والألم وكان عاليًا أما الارتباط الداخلي فوق هذه الأبعاد الثلاثة فكان ضعيفًا. وكانت نقاط المرض للتقييم الذاتي العالمي لالتهاب المفاصل مرتبطة بقوة بنقاط الإعاقة وأقل قوة للألم. هذه الارتباطات كانت متناسبة مع المعلومات الحالية لتخصص علم الروماتيزم، والإعاقة هي مكون أساسي لمتطلبات مرضى الالتهاب المفصلي. نقاط HAQ ترتبط في الاتجاه المتوقع مع التكاليف الطبية المباشرة لعلاج التهاب المفصلي الروماتيزمي (Michard et al. 2003). وكانوا يستطيعون التنبؤ بناتج 6 شهور لبرنامج تدريبي لأفراد مصابين بالالتهاب العظمي المفصلي للركبة (Dias et al. 2003) .

ونقل (1985) Liany et al. أن الـ HAQ يرتبط جيداً مع مقاييس جيدة لاختبار الحالة الصحية كبروفيل تأثير المرض (Bergner et al. 1981). وأقرت الدراسة

Fitzpatrick et al. (1988) في المملكة المتحدة التي أجريت على 105 مريضاً بالالتهاب المفصلي الروماتيزمي أن الارتباط عالٍ بين القياس للـHAQ و الـFLP (Charlton et al. 1983)، وبين ملاحظات قوة القبضة ومؤشر التمفصل (مثال الارتباط بين قوة القبضة والـHAQ في حالتين كان 0.73 - و 0.68 -) . وأظهرت HAQ أنها قياس صادق لوظائف الالتهاب المفصلي الروماتويدي. كما نقل Liang et al. (1985) ارتباطاً جيداً بين HAQ ومقاييس أخرى للحالة الصحية والقدرة الوظيفية بما في ذلك بروفيل تأثير المرض (Bergner et al. 1981) وكذلك دليل الحالة الوظيفية (Denniston and Jette 1980, Jette 1980) .

ونُقِلَ أن نقاط HAQ تمثل ناتج تنبؤ بين المرضى بالروماتويد المفصلي وغير ذلك من الحالات. Sultan et al. (2004) نقل أن خط التماس HAQ لنقاط الإعاقة الأقل من الوسيط كان يمكن من خلاله التنبؤ لعشرين بالمائة على الأقل تحسن في الحالة لسنة أولسنتين (بنسبة 1.77 إلى 5.05) لناتج 4 من خمسة قياسات استخدمت في محاولة علاج بالدواء لمرضى بمرض تصلب الجلد المبكر . وقد نقل أن HAQحساسة للتغير لظروف المرض (Fries 1983). وفي دراستهم في المملكة المتحدة (Fitz Patrick et al. 1989) نقلوا أن الجهاز HAQ أفضل من FLP من حيث التخصصية والحساسية، على الرغم أنه على أحسن ما يقال إنها متوسطة. والانحراف المعياري الكبير في النقاط لكلا القياسين يشير إلى وجود نتائج 'إيجابية خاطئة' لكلا التحسن وتدهور المرض مع الزمن .

وصدق HAQ في مقياس الألم ومقياس الحالة الصحية الشاملة تم توضيحها في دراسات كثيرة (Ramey et al. 1996, Bruce and Fries 2003b) . بينما أظهرت الاختبارات الأولية بالنسبة للصدق والثبات للتسمم الدوائي نتائج ضعيفة، فهذا المكون يحتاج إلى اختبار إضافي (Fries et al. 1980) .

أوضح التحليل للمكونات الأساسية تحميل عاملي خلال مكون "العجز" الأول، الذي يشرح 65% من الاختلاف، ومكون آخر بحمل إيجابي للنشاطات الدقيقة للطرف العلوي وتحميل سلبي للأعمال الخاصة برفع الأثقال للطرف السفلي، والذي يفسر 10% إضافي من الاختلاف (Fries et al. 1980, 1982). ومن هذا، فقد استنتج أن نتائج دليل الإعاقة مركزة ومناسبة لقياس كل حالات الالتهاب المفصلي الشديدة.

الثبات

الاختبارات الأولي الثبات تم نقلها بواسطة Fries et al. (1980). بالإضافة إلى تقرير القيم المتوسطة، تشمل تلك الاختبارات ارتباطات نقاط HAQ مع نتائج الملاحظات المباشرة بواسطة الممرضة لأداء المرضى لعدد 15 واجب منزلي ورعاية شخصية، للحركة والقبضة، ومن الاستخدام الذاتي والمناظرة الأساسية لجهاز HAQ المتمم. اعتمدت هذه الاختبارات المبكرة على عدد 20 متطوعا من المرضى الذين يترددون على عيادات الالتهاب الروماتويدي المفصلي. وارتباط الفقرات الفردية للاستخدام الذاتي مقابل المناظرة المستخدمة لمستوى HAQ تتراوح من متوسط (أو "جودة متوسطة") 0.56 إلى درجة ممتاز عند 0.85. والارتباط المناسب لنقاط الإعاقة كان 0.85، ممثلا ثباتا جيدا لهذا المكون.

تراوح الارتباط بين الفقرات من 0.47 للمتوسط إلى 0.88 للممتاز. والفقرات الأضعف (مثال يصل إلى) تم تعديل مسماها فيما بعد لتقليل التغيّر في الاستجابات – مثال السؤال الذي يقول "يصل إلى ويُنزل أشياء ثقيلة". وقد كانت نظرة الناس لكلمة "ثقيلة" متغيرة، والمستجيب يتم سؤاله الآن عن فقرة معيارية؛ "أن يصل إلى وينزل كيسا به 5 أرطال من السكر المعبأ الموجود فوق رأسه". وقارن المؤلفون أيضا الاستبيان كله وموافقة المُقيّمين. وهؤلاء وافقوا على 59% من الإجابات وكانوا داخل نقطة واحدة

في 93% من الحالات (كانت نتيجة الكابًا الموزونة إحصائيًا 0.52 ؛ باستخدام تدرّج عدم الموافقة، مما يدل على موافقة "متوسطة").

نقل .Fries et al (1982). القيم المتوسطة لمجموعات من المجتمع الناطقين باللغة الإنجليزية لعدد 331 مستجيبًا يعانون من الالتهاب الروماتويدي المفصلي. وقد نقل المؤلفون أيضًا أن ارتباط الاختبار وإعادة الاختبار لـ 0.98، كان معتمداً على هذا المجتمع. أظهر المتوسط للقيم ثباتًا عند إعادة الاختبار. والاستجابات متشابهة عندما يكون الجهاز مكملا ذاتيًا، تستخدمه ممرضة أو طبيب. وكثير من الدراسات كررت أو حسنت منذ ذلك الحين بناءً على هذه الارتباطات مشيرة إلى مستويات ممتازة للثبات .(Ramey et al. 1996)

HAQ هو مقياس جيد للوظيفة واختبر بكثرة للثبات والصدق وهو حساس للتغير، ويمكن استخدامه ذاتيًا أو حواريًا ومناسب للاستخدام في المجتمع. وهو الأفضل للاستعمال لأنه مختصر، قصير وسهل الاستخدام (Lubeck 2002). واستعمل في الدراسة المرتكزة على المجتمع وفي تقييمات نتائج العلاج (Bruce and Fries 2003b). ولكن، لا يتناسب مع الإعاقة المرتبطة باختلال وظيفي حسّي، أو برضا المريض والوظائف الاجتماعية.

وقد طوّر .Pincus et al (1983). نسخة مختصرة من HAQ بسؤال واحد لكل من المجالات الثمانية للإعاقة، بالإضافة إلى أسئلة جديدة لفقرات الرضا والانتقال في تغير القدرات. وكان ثبات الاختبار وإعادة الاختبار عاليًا (0.91) وعلى الرغم من أن ارتباط قوة القبضة، زمن السير والتقسيم الوظيفي كانا أكثر اعتدالا (0.44 - 0.66)، فإن نسخًا مطورة أخرى تم تطويرها للاستخدام في أمراض أخرى، بما في ذلك (Lubeck and AIDS 1992 HAQ . Fries) استخدم بكثافة بين الأطباء في الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة (Ramey et al. 1992) وهو متوفر بلغات عديدة (أكثر من 60 لغة)

ومدعم بمراجع تزيد عن 500 مرجع (Bruce and Fries 2003a, 2003b) وهو متوفر للعامة مقابل (ما عدا المترجم منه)، وحقوق النشر للـHAQ محفوظة في جامعة ستانفورد. وذلك لمنع أي تعديل غير رسمي وللحفاظ على صدقه ومعيارية التقييم للدراسات (Trex@stanford.eduhttp://aramis.edu).

مقاييس قياس تأثير الالتهاب المفصلي (AIMS)

قد تم تطوير AIMS 1 الأصلي والنسخة المراجعة AIMS 2؛ تم بواسطة Meenan et al. (1980) وكذلك Meenan and Mason (1990) وكذلك تم إنتاج نسخة قصيرة من AIMS1 ذات خصائص تكهن نفسية Psychometric جيدة بواسطة (Wallston et al. 1989) وقد تم إنتاج AIMS 2 في محاولة لإنتاج نسخة شاملة وحساسة من AIMS 1 (Meenan et al. 1992). وقد تم تطوير نسخة قصيرة من (AIMS 2-SF) تتمتع بخصائص تكهنية نفسية Psychometric جيدة؛ مماثلة لما تم في AIMS 2 الكاملة (Guillemin et al. 1997).

AMIS 1 و AIMS 2 كلاهما قاما بتغطية الناحية البدنية، الاجتماعية والرفاهة العاطفية. كما تم تطويرهما لتقييم ناتج المريض بالالتهاب المفصلي وبعض الأمراض المزمنة الأخرى. AIMS تم تكييفها من دليل كاتز للنشاطات اليومية، ومقياس RAND وبوش BUSH (Patrick et al. 1973a، Brook et al. 1979a, 1979b، Ware et al. 1979، Bush 1984). AIMS 1، AIMS 2 تم اختبارهما للثبات والصدق وحساسية التغير. وكانت التطبيقات في الغالب في أماكن العيادات (لمرضى الالتهاب المفصلي والروماتيزم)؛ كتقييم لناتج بعد العلاج. والجهاز يمكن أن يكون متمما ذاتيًا. وكان الإتمام الذاتي للـ AIMS 2 حوالي 23 دقيقة (Meenan et al. 1992).

المحتوى

AIMS 1 الأصلي به 45 فقرة اختيار متعدد، مع 9 مقاييس فرعية. كما يقييم 9 متغيرات للصحة والقدرة الوظيفية: الحركة، نشاط بدني (سير، انحناء، رفع أثقال) نشاطات يومية، مهارة، نشاط أعمال منزلية (إدارة المال، الأدوية، إدارة المنزل)، الألم، نشاط اجتماعي، الاكتئاب والقلق. و 19 فقرة إضافية تغطي الصحة العامة، توقع الصحة وبعض التفاصيل الديموغرافية (مثال أسئلة، تشمل فقرة مشابهة مرئية، تقييم تأثير الالتهاب المفصلي، مشاكل طبية أخرى وعلاج).

AIMS 2 أطول، فهو استبيان يتكون من 78 فقرة وهو أطول من AIMS 1 (الذي يتكون من 45 فقرة) وبه فقرات جديدة وفقرات أخرى تمت مراجعتها أو حذفت. والفصول الثلاثة الجديدة تشمل: تقييمًا لوظيفة الذراع، دعم العمل و الدعم الاجتماعي. أضيفت أقسام لدعم الرضا الوظيفي، المشاركة في مشاكل الالتهاب المفصلي والتحديد الذاتي لأولويات التحسن. الفقرات الأولى 57 فقرة تمثل 12 مقياسًا: مستوى الحركة، السير والانحناء وظيفة اليد والأصابع، وظيفة الذراع، الواجبات ذاتية الرعاية، الواجبات المنزلية، النشاط الاجتماعي، الدعم الاجتماعي، ألم الالتهاب المفصلي، العمل، مستوى الضغط والمزاج العام. وباقي الفقرات وضعت لملاقاة رضا الصحة وحالتها لكل منطقة للقياس الوظيفي، المشاكل الوظيفية الناتجة عن الالتهاب المفصلي، إعطاء أولوية لثلاث مناطق يفضل المستجيب تحسنها، توقع الصحة العامة، تأثير الالتهاب المفصلي العام على كل منطقة للوظائف المقاسة، نوع وزمن الالتهاب المفصلي، الدواء المستعمل، الخصائص المرتبطة بالمرض والخصائص الاجتماعية الديموغرافية (Meenan and Mason 1990, 1994). معظم الأسئلة ترجع إلى مشاكل تمت خلال الشهر السابق.

المحتوى

أمثلة من AIMS 2

ما هي المدة التي قضيتها في السرير أو الكرسي، لمعظم أم لكل اليوم؟ هل لديك مشاكل في عمل نشاط قوي مثل الجري أو رفع أشياء ثقيلة أو المشاركة في نشاط رياضي مجهد؟

هل يمكنك غلق زرار القميص بسهولة؟

ما هي عدد المرات التي التقيت فيها مع الأصدقاء والأقارب؟

ما عدد المرات التي عانيت فيها بألم شديد من الالتهاب المفصلي؟

ما عدد المرات التي لم تستطع فيها أداء عمل مدفوع الأجر، أو عمل منزلي أو واجبات مدرسية؟

كل الأيام (1) معظم الأيام (2) بعض الأيام (3) أيام قليلة (4) لا أيام (5)

ما مدى إحساسك بالتوتر والضيق؟

كم مرة أحسست بأن روحك المعنوية منخفضة أو منخفضة جداً؟

دائماً (1) كثيراً جداً (2) بعض الوقت (3) غالباً لا (4) أبداً (5)

النقاط

AIMS 2 مثل AIMS 1، ذاتيي الاستخدام، ويستغرق 20 دقيقة لاستكماله. والفقرات مرتبة على نفس نظام ترتيب مقياس جوتمان، وعندما يشير المستجيب إلى إعاقة ما في فقرة فسوف يشير أيضاً إلى إعاقة في قسم الفقرة التي تليها. وعلى عكس AIMS 1 الذي به العديد من التلوين بين "نعم/لا" ومستوى استجابات مدرّج، فإن AIMS 2 يحتوي على العديد من اختيارات الاستجابات المدرّجة: مثال "كل الأيام" (1) إلى "لا

أيام" (5)؛ "دائماً" (1) إلى "أبداً" (5) أو "راضٍ جداً" (1) إلى غير راضٍ تماماً (5). ونقاط المقياس مجمعة، ومستوى النقاط يعتمد على عدد الفقرات الفرعية في المقياس. ولا يتم استخدام أوزان للفقرة. و "طريقة طبيعية" تحوّل النقاط إلى مستوى 0 - 10، حيث صفر يمثل "حالة صحية" جيدة، و 10 تمثل "حالة صحية" ضعيفة (في AIMS 1 و AHMS 2). ونوع المقياس ترتيبي. كما سبق القول: AIMS الأصلي قد وصف بأنه أعلى من التطبيقات الأخرى لمقياس جوتمان (McDowell and Newell 1996).

الصلاحية

الدراسات المكثفة عن الصدق والثبات بالنسبة AIMS 1 تم الاسترشاد بها: مبينة خصائصها التكهنية النفسية الجيدة 1984 (Meenan et al. 1982، Meenan 1982, 1985، Brown et al. 1984، Meenan and Meson 1990, 1994؛ Weinberger et. al. 1990). خصائص المقياس، الصدق والثبات لـ AIMS 2 قد تم وصفها بأنها جيدة. كما أقرّ Meenan et al. (1992) أن تقييم المشاكل الشخصية للمريض ومناطق الاحتياج للتحسينات كانت مرتبطة بدلالة بنقاط للـ AIMS 2 ضعيفة لهذه المنطقة. وقد أقر Heavardsholm et al. (2000)، على أساس مسح مجتمعي لأكثر من 1000 مريض التهاب مفصلي روماتويدي، بأن مكونات AIMS 2 و AIMS 2 - SF قد وصلت إلى التوافق شبه الكامل، وكذلك المكون الداخلي كان مرتفعاً في كل مكوناته. ارتبط الجهازان جيداً، وكذلك مع القياسات الأخرى للحالة الصحية (دراسة النواتج الطبية النموذج – 36 القصير واستبيان تقييم الصحة المعدّل)، وداعماً الصدق المجمع وبمؤشر تقييم لتغيّر الحالة الصحية للمريض. كما أقر DeJoode et al. في (2001) بأن مكونات الصحة البدنية للنسخة الهولندية لمقياس AIMS 2 ارتبطت بوضوح مع البيانات الإكلينيكية لمرضى الهيموفيليا (الناعورية) وكذلك بروفيل التأثير المرضي (SIP) Person's = 0.53; P < 0.05، ولكن، الصحة النفسية ومكونات التدخل الاجتماعي لـ AIMS 2 الهولندية

لم تكن واضحة الارتباط مع المكونات النفسية الاجتماعية لـ (SIP). من المرجح أنهم تناولوا أجزاءً مفاهيمية مختلفة.

وصف Meenan et al. (1992) أن، بالنسبة لعينات المرضى بالالتهاب المفصلي العظمي والروماتويدي، فإن كل التحاليل التي كانت داخل العامل المقياسي أنتجت عاملاً واحداً. ما عدا حالة حركة مرضى الالتهاب المفصلي العظمي. واستخدم Salaffi et al. في (2000) النسخة الإيطالية AIMS 2 لدراسة مرضى الالتهاب المفصلي العظمي للركبة، وأقرّ نموذج حالة صحية ثلاثية. العوامل موضحاً 63% من التفاوت بين المرضى.

الثبات

نقل Meenan et al. في (1992). وعلى أساس دراسة 408 من المستجيبين بالروماتويد أو الالتهاب المفصلي العظمي، أن معامل الاتساق الداخلي لعدد 12 مقياس AIMS 2 كان 0.72 - 0.91 لمجموعة الالتهاب المفصلي الروماتويدي و 0.74 - 0.96 في مجموعة الالتهاب المفصلي العظمي. والثبات للاختبار وإعادة الاختبار لمدة أسبوعين (بعد المسح) كانت 0.78 - 0.94. وفي Salaffi et al. (2000) نقل اتساقاً داخليًا مرتفعاً للنسخة الإيطالية لـ AIMS 2، وأن ثبات الاختبار وإعادة الاختبار لمدة 6 أشهر زاد عن 0.80 لعدد 8 من المقاييس الاثني عشر الفرعية. ونقل DeJoode et al. في (2001) أن النسخة الهولندية لمقياس AIMS 2 والمقاييس الفرعية تحوي اتساقًا داخليًّا متوسطًا إلى عالٍ لمرضى الهيموفيليا (الترف) (CRonbach's alpha, = 0.62-0.92).

والخلاصة، أن AIMS لديه خصائص قياسية جيدة، واختبر بكثافة للصدق والثبات والاعتمادية، وأن الأبعاد التي تم التعرف عليها توضح معظم تأثير الأمراض المُقدِّرة للمرضى. ويبدو أن الـ AIMS 2 جهاز أعلى من AIMS 1 وقد تم عمل ثبات لاستخدام الـ AIMS 1 في دول كثيرة، مثل إيطاليا وهولندا، (Salaffi et al. 2000;

DeJood et al. 2001) . ومقاييس AIMS لها حقوق طبع شديدة الصرامة . وطريقة الاستخدام متوفرة بالنسبة لجهاز AIMS 2 (Meenan and Mason 1990, 1994) .

مؤشر أنشطة الحياة اليومية ADL

أحد أقدم المقاييس والأكثر شيوعًا لمقاييس ميزان العجز هي دليل ADL الذي طوره Katz et al. للسنوات 1963 ، 1966 ، 1968 ، 1970 ؛ 1973 ؛ و (Katz and Akpom 1976) . كما يُسمى أيضًا المؤشر المستقل لأنشطة الحياة اليومية ، وقد صمم Katz المؤشر لكي يصف ، لأغراض إكلينيكية ، الحالة الوظيفية للكبار ومرضى الأمراض المزمنة .

المحتوى

يتكون المؤشر من نموذج تقديري يستوفى بواسطة الطبيب أو أي ملاحظ آخر على أساس الملاحظات والمقابلات . وفي كل نشاط يقيم يعطى للمريض درجة من الملاحظ على مقياس ثلاثي النقاط مستقلة لكل نشاط . والمؤشر يقيِّم استقلالية الأداء في ست مناطق : الاستحمام ؛ الارتداء ، المرحاض ؛ الانتقال من السرير إلى الكرسي ، والاحتباس والتغذية . على أساس أكثر من 2000 تقييم لحالات المرضى ، قد لاحظ المؤلفون أن هذه الوظائف تقل في الترتيب . ويدَّعون بأن لديهم مقياسًا لوظائف أساسية بيولوجية ؛ وقد تم التساؤل في دعواهم من قِبَل من يستخدمون مقاييس جوتمان (Williams et al. 1976) ويوضح نموذج التقييم أدناه :

الاستحمام (باستخدام الإسفنج ، حوض الاستحمام أو الدش) لم يتلقَ مساعدة (دخل وخرج من الحوض بنفسه إذا كان حوض الاستحمام هو وسيلة الاستحمام

تلقى مساعدة في جزء واحد من جسمه (مثل الجزء الخلفي من الرجل)

تلقى مساعدة في أكثر من جزء من جسمه (أو لم يتم غسله)

ارتداء الملابس

أن يحضر الملابس ويرتديها كاملةً بدون مساعدة

أن يحضر الملابس ويرتديها بدون مساعدة سوى في ربط الحذاء

يتلقى مساعدة في إحضار الملابس أو عملية الارتداء

أو البقاء عاريًا جزئيًا أو كليًا.

المرحاض

الذهاب إلى حجرة المرحاض، استخدام المرحاض / التنظيف، تنظيم الملابس والعودة بدون مساعدة (يمكن استخدام عصا، مشاية، أو كرسي متحرك ويستطيع الوصول ليلا إلى نونية السرير أو الخزانة)

وجود مساعدة للذهاب إلى المرحاض أو في استخدام المرحاض للتنظيف وضبط الملابس

لا يذهب إلى المرحاض

الانتقال

يدخل ويخرج من السرير بدون مساعدة (يمكن استخدام عصا أو مشاية)

يدخل ويخرج من السرير أو الكرسي بمساعدة

لا يخرج من السرير

احتباس البول

التحكم في التبول والتبرز بالكامل ذاتيًا

الإشراف يساعد في التحكم في البول والبراز مع استخدام القسطرة أو لديه سلس بولي.

التغذية

التغذية الذاتية بدون مساعدة

التغذية الذاتية مع مساعدة في قطع اللحم أو فرد الزبد في الخبز

يتلقى مساعدة في التغذية أو التغذية باستخدام أنابيب جزئيًا أو كليًا أو باستخدام سوائل وريدية.

وقد طور المؤلفون جهازًا مسحيًا للحصول على بيان بالحالة الصحية يحتوي على أسئلة عن الاحتياج لاستخدام الخدمات الصحية والتصرف تجاه العناية الصحية. تم التعرف على خمسة مستويات من الخدمات وقسموا: عدم وجود إعاقة، نشاط محدود بدون حالات مزمنة، نشاط محدود مع حالات مزمنة، محدودية الحركة والإعاقة السريرية. وقد تم اختيارها للسماح بالمقارنة مع المسوح القومية القائمة (Katz et al. 1973).

التسجيل (النقاط)

تم تقسيم المرض على مقياس ثلاثي النقاط بواسطة القائمين على المقابلات بالنسبة لقدراتهم على الاستحمام، ارتداء الملبس، الانتقال، المرحاض الاحتباس البولي والتغذية. وترجمة النقاط على المقاييس الفردية إلى تقسيم "مستقل" "غير مستقل". ثم مستوى الوظائف تم تقسيمه إلى 8 نقاط في المقياس (A - G، Plus، بالإضافة إلى "آخر" - انظر ما يلي) ونظام نقاط بديل يعد أرقامًا للنشاطات على نحو بسيط الفرد، النشاطات التي يؤديها مستقلا (صفر - مستقل في الوظائف الستة) إلى (6 - غير مستقل في الوظائف الستة) مع إلغاء الحاجة إلى "فئة آخر". وبعض الباحثين عكسوا النقاط بحيث إن رقم 6 يمثل الأداء الكامل لكل الوظائف، 4 تعني متوسط الوظائف، و 2 أو أقل تعني سوء الوظائف شديد. لذا فإن كل طريقة تؤدي إلى نقاط مجمعة فردية؛ وكل الفقرات تعامل بالتساوي. استخدام دليل فردي ينتج عنه فقد لمعلومات عن التنوع، حيث إن الأشكال المختلفة من القيود، مع المضامين المختلفة، يمكن أن تخفض لنفس النقاط.

ومقياس النقاط الثمان هو:

أ مستقل في التغذية، الاحتباس، الانتقال، الذهاب إلى الحمام، ارتداء الملبس والاستحمام

ب مستقل في الكل ما عدا إحدى الوظائف

جـ مستقل في الكل ما عدا الاستحمام ووظيفة أخرى

د مستقل في الكل ما عدا الاستحمام، الملبس وإحدى الوظائف

هـ مستقل في الكل ما عدا الاستحمام، الملبس، الذهاب إلى المرحاض ووظيفة أخرى

و مستقل في الكل ما عدا الاستحمام، الملبس، الذهاب إلى المرحاض، الانتقال ووظيفة إضافية أخرى

ز غير مستقل في وظيفتين على الأقل، ولا يندرج تحت التقسيم جـ، د، هـ، و.

وقد قدّم كاتز وآخرون التعريفات الكاملة للنشاطات Katz (1970).

الصدق

على الرغم من أن المقياس واسع الانتشار بين أطباء العالم، هناك شواهد صغيرة لصدق هذا المقياس. وفي 1970 استخدم كاتز وآخرون ADL وغيره من الأجهزة لعدد 270 من المرضى المزمنين. وارتبط ADL ارتباطًا ضعيفًا إلى متوسط بالمقياس الحركي (0.50) وبمقياس الولادة المنزلية (0.39).

أظهر ADL تنبُؤًا للمسار طويل المدى والتكيف الاجتماعي للمرضى لعدد من الحالات، بما في ذلك السكتة الدماغية وتمزق مفصل الورك، واستخدم لتقييم مرضى العيادة الخارجية للالتهاب المفصلي الروماتويدي (Katz et al. 1966, 1968). وقد أوضح كذلك إمكانية التنبؤ بالوفاة (Brorsson and Asbery 1994). وهناك مؤشرات مبكرة لصدق التنبؤ، التي نقلها (Katz and Akpom 1976). وهناك دراسات أخرى تدعم قدرة

المقياس على التمييز بين المجموعات في الاتجاه الافتراضي. مثال كان يمكن تمييز الناس في عمر 77 > 85 و 85 > 90 وعمر 90 وأكبر في المسح المجتمعي، وكان الأكبر هو صاحب أضعف نقاط ADL (Von Strauss et al. 2003). ولكن، مثل هذه المؤشرات المختصرة قد تصبح غير حساسة للتغيرات الصغيرة في شدة المرض والتركيز على قياس الأداء البدني. وهو بذلك ذو قيمة محدودة في المسح المجتمعي لكبار السن حيث؛ إنه مثل المقاييس القصيرة الأخرى، لا يأخذ التكيف للبيئة في الاعتبار. يبدو أنه يقلل التقرير لسوء الوظائف في مجتمع السكان (Spector et al. 1987).

الثبات

تم القيام باختبار بسيط للثبات، ومن المدهش إعطاء الشهرة لهذا المقياس، خاصة بواسطة الأطباء. قام Katz et al. (1963) بتقييم المستويات البينية للثبات، وقد نقلوا أن هناك اختلافات بين النتائج في 1 من 20 ملاحظة.

وفي دراسة بالسويد عن تحليل جوتمان على 100 مريض أعطوا معامل Scalabilily القدرة على القياس 0.74 - 0.88، مقترحاً أن المؤشر ناجح كمقياس مجمع (Brorsson and Asberg 1984). ويحتاج صدق ثبات ADL إلى المزيد من الدلائل.

كانت أحد المؤشرات الأولى المستخدمة في تقييم رعاية الكبار والمرضى المزمنين، وهو أحسن هذه المؤشرات المعروفة. والفقرات المشتملة بالمقياس كونت الأساس لمقاييس ADL المستخدمة. في معظم المسوح القدمية في بريطانيا (Bridgwood 2000). وهو مازال مشهوراً ومفيداً كمؤشر لعدد صغير من المرضى، خاصة هؤلاء الذين يعيشون في بيوت المسنين والرعاية أو المستشفيات. ولكن، درجة الإعاقة المشتملة في الجهاز غير شاملة وبالتالي فإن الجمهور المستخدم محدود. ويركز على النشاطات الأساسية للحياة اليومية. والمؤشر الوحيد يعني المعلومات المستخرجة من المؤشر

استنتج Wade في (1992) أن هذا هو أشهر مقياس كان يستخدمه أطباء الأعصاب في وقت ما ولكن حل محله بعد ذلك مؤشر بارثل.

مقياس الإعاقة لـ تاونسند

يستخدم المقياس بكثرة في المسوح السكانية لكبار السن في المملكة المتحدة. ويشمل عدداً من النشاطات للحياة اليومية، مستخرجة من الأبحاث الأولى عن الإعاقة للأشخاص في كل الأعمار في المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية (Haler 1968: Sainsbwry 1973) ومن عمل تاونسند الأول المسحي على كبار السن (Townsens 1962, Shanas et al. 1968). كما استخدم في مسح تاونسند للفقر الأخير (Townsend 1979). وهو مازال مشهوراً بسبب اختصاره وبساطته ويركز على الواجبات الهامة للناس في المنازل. أوضح Sainsbury في (1973) أن عدد الواجبات للحياة اليومية التي تم انتقاؤها تم اختيارها على أساس قرار "ذاتي" "لأهم النشاطات اليومية والاجتماعية". ومميزاتها هي باختصارها وقبولها لكبار السن. وعلى الرغم أن المقياس مفيد أيضاً لحالات خاصة من الخدمات الصحية والاجتماعية التي يمكن إدخالها بسهولة ضمن الفقرات، وإلا أنه لا يزال يحتاج أيضاً لاختبار تفصيلي.

المحتوى

يركز المؤشر على حيز ضيق من النشاطات، لكن يمكن استخدام المفاهيم الخاصة بها لحجم كبير من السكان ولسهولة تطبيقها داخل الإطار المسحي لعامة السكان:

(أ) نشاطات تحدد الوجود الشخصي مثل الشرب، الأكل، التبرز ممارسة الرياضة، النوم، السمع، الاغتسال وارتداء الملبس؛

(ب) نشاطات تمد بوسائل لتحقيق هذه الأعمال الإنسانية، مثل الحصول على الطعام تحضير الوجبات، تنظيف المنزل.

يسأل المقياس المستجيب إذا ما كان لديه صعوبة للقيام بالواجبات التالية : (لا = صفر ، بعض الصعوبات = 1 ، غير قادر للقيام بذلك بمفردهُ = 2) ، الاغتسال كاملا ، قص أظافر الأرجل ، الجري للحاق بالأوتوبوس ، حمل مشتريات ثقيلة ، صعود / نزول السلم ، عمل أعمال منزلية ثقيلة ، تحضير وجبة ساخنة ، الوصول إلى إناء على الرف ، ربط عقدة في خيط جيداً ، ويمكن أن يكون هذا ذاتي أو من خلال القائم على المقابلة ، سهل الاكتمال وملخص ، مثال :

هل لديك أية صعوبة (أو تجد مشكلة إجهاد ، قلقا) :

(أ) الاغتسال كاملا (في الحمام أم لا) ؟

(ب) رفع إناء ، مثلا ، من رف مرتفع ؟

(جـ) ربط الخيط جيداً في عقدة ؟

(د) قص أظافر الأرجل ؟

لا يتم سؤال الباقي للأطفال تحت 10 سنوات أو طريحي الفراش :

(هـ) الجري للحاق بالأتوبيس ؟

(و) الصعود / النزول من السلم ؟

(ز) الذهاب لحمل مشتريات وحمل متاع كبير في كل يد ؟

(ح) القيام بواجبات منزلية ثقيلة ؟

(ط) تحضير وجبة ساخنة ؟

التسجيل (النقاط)

الصعوبة مع كل نشاط يعطي درجة متساوية الوزن : التغير في الكفاءة الفردية من يوم لآخر ومن موسم لآخر يتم إهمالها . "لا صعوبة" = صفر ; "بعض الصعوبات" = 1 وإذا

كانت الإجابة "عدم القدرة على العمل بمفرده" يكون التسجيل نقتطين. والحجم الكلي للنقاط يتراوح بين صفر – 18، وفي عمل تاوتسند المبكر من ناحية صدق العمل، نظر إلى الأشخاص بالتقدير التالي: صفر = ليس لديه إعاقة، 1 - 2 = إصابة خفيفة، 3 - 6 = بعض الإعاقة، 7 - 10 = إعاقة واضحة، 11 - 18 = إعاقة شديدة / شديدة جداً. ولم يختبر الأساس لهذا أكثر من ذلك.

الصدق والثبات

لم تعط أي من الدراسات الأصلية التي استخدمت المقياس أي تفاصيل كافية عن بداية الاختبار للمقياس (Haber 1968; Sainsbury 1973). واستخدم برلينج وجبرائيل (2004) النسخة الأصلية للمقياس مع عينة قومية من الناس في عمر 65 وأكبر ويعيشون في المنزل، وقد نقلوا أن لها اتساقاً داخلياً وألفا كرنباخ 0.91.

هناك أمثلة متعددة في المملكة المتحدة لتطبيقات المقياس أو تطويرات له وأعراف السكان متوفرة (Vetter et al. 1982 ، Vetter and Frnd 1989 ، Bowling et al. 2002، McGee et al.). شهرة المقياس تعتمد على بساطته ويغطي قدراً من النشاطات مناسباً للحياة في المنزل، على الرغم أنه لا تزال هناك الحاجة لاختبارات أكثر للصدق والثبات والعامل التركيبي. وقد استخدم على الافتراض أنه يمثل عاملا واحداً، على الرغم من تغطيته لثلاث مجالات للوظائف (الحركة، العناية الخاصة (ADL)، والنشاطات العائلية المنزلية (IDDL). وقد انتقد McGee et al. في 1988 طريقة نقل التحليل العاملي للجهاز.

التكيف

حدود المقياس أدت لتكيف الميزان بواسطة الكثير من الباحثين، بسبب إضافة نشاطات أخرى للحياة اليومية وحذف أخرى. مثال، بعض الفقرات غير مناسبة للاستخدام مع

مجتمع هزيل (كالجري للوصول للأوتوبوس). كما أن التكيف للنقاط متبع أيضًا. وقد زاد Bowling and Grundy (1997) عدد الفقرات والحيز الخاص بالاستجابات إلى: لا توجد صعوبة في الواجب، صعوبة بسيطة، متوسطة، شديدة، عدم القدرة على القيام بها بمفرده، عدم القدرة على القيام بها (حتى مع مساعدة). وقد سجلت كل استجابة من صفر (لا صعوبة) إلى 5 (عدم القدرة على القيام بها بالمرة) وتُجمع النقاط للحصول على نقاط كلية. والأقسام الفرعية التي تمثل الحركة، ADL و IADL يمكن تسجيل نقاطها منفصلة. وقد سجلت النقاط مبدئيا من 1 - 6 ولكن رقم "صفر" قد حكم عليه بأنه أكثر فائدة عندما تكون أعداد الناس بدون مشاكل مع أي من الواجبات واضحة في التسجيل الكلي الخام، وتكون أبسط للتعامل معها إحصائيًا. وتحتاج عملية تسجيل النقاط إلى الصدق. والمقياس الممتد موضح في التالي:

الحركة

المدخول والخروج من السرير

الانتقال من كرسي / كرسي متحرك

صعود / نزول السلم

دخول / خروج من المرحاض

الدخول والخروج من الحمام

التجول داخل المنزل

التجول خارج المنزل

استخدام وسيلة انتقال عامة

العناية الشخصية

الاغتسال الذاتي / الحلاقة (رجال)

الاستحمام الذاتي

اللبس ذاتيًا

تسريح الشعر بالفرشاة / المشط

غسيل الشعر

قص أظافر الأرجل

الأشياء الداخلية

الطبخ / تحضير الوجبات

أعمال المنزل

غسيل الملابس

المشتريات

القيام بأعمال غريبة

مبدئيًا تم إضافة فقرتين: غسيل الأسنان أو توليها والتعامل بالمال ولكنها تظهر غامضة. وقد تم حذفها بعد التحليل العاملي. وعلى أساس المسوح المجتمعية مع 662 شخصًا عن عمر 85 وأكبر والقاطنين بلندن، وتقريبًا 700 شخصًا أكبر من 65. ويسكنون في اسكس ولندن، كانت معاملات الارتباطات بين الفقرات تتراوح بين 0.13 (كان للمشتريات وعلاج الأسنان التي لم يكن من المتوقع أن تكون عالية الارتباط) حتى 0.71 (لصعوبات مثل اغتسال النفس وارتداء الملابس ذاتيًا التي كان متوقعًا لها أن تكون عالية الارتباط أكثر) ؛ الثبات باستخدام التجزئة النصفية : 0.78 - 0.91 بين العينات. وقد كان الارتباط (ألفا) الداخلي بين الفقرات لواجبات العناية الشخصية 0.70 - 0.75 ،

وقسم الأعمال المنزلية 0.80 - 0.85، ولقسم الحركة 0.81 - 0.89. واختبار المقياس تم تجريبه على العينات الثلاث وكانت النتائج عالية الدلالة إحصائيًا مؤكدة أن للمقياس ثباتًا جيدًا. وفقرات مقياس ADL ارتبطت من متوسط إلى جيد لنفس الفقرات على ذاتية الملبس، ووجود مشاكل في صعود السلالم، والسير خارج المنزل والسير داخل المنزل من البروفيل الصحي لنوتنجهام (Hunt et al. 1986) الذي استخدم كعينة فرعية (0.635، P < 0.0001، 0.565، P < 0.0001، 0.350، P < 0.004، و 0.472، P < 0.0001 على التوالي) وكان المقياس، والفقرات منه (مثال الصعوبات للخروج خارج المنزل)، أيضًا عالي الدلالة مرتبطًا بمشاكل الصحة البدنية (مثال: الصداع، الألم، تصلب المفاصل والعضلات)، واستخدام الخدمات الصحية والاجتماعية: ورضا الحياة والصحة العقلية، والتنبؤ برفاهة الإساءة العاطفية، داعمًا صدقها المجمع والتنبُّئي. (BOwling et al. 1992, 1993, 1994a, 1994b). وقد كان الصدق المجمع للمقياس مدعمًا أكثر بقدرته على التنبؤ مستقلا بمستوى نوعية الحياة في الاتجاه المتوقع، وفي مسح بريطاني عن 999 شخصًا عن عمر 65 وأكثر يحيون في المنزل (Bowling et al 2002).

وتم تطوير مقياس مماثل من قبل معهد الأبحاث الاقتصادية والاجتماعية بجامعة يورك واستخدم على مسح عريضة (Morton-Williams 1979). وقد طوق الميزان حيزًا عريضًا لنشاطات الرعاية الذاتية أكثر من المقياس الأصلي لتاونسند، مع مستويات مختلفة متنوعة من: القدرة على العمل بسهولة، القدرة على العمل بقليل من الصعوبة، بالكثير من الصعوبة، عدم القدرة على العمل بدون مساعدة أحد، عدم القدرة على العمل حتى بمساعدة أحد. واختبار هذا المقياس المطور غير كامل أيضًا.

هناك تطوير ثان للمقياس أجراه بوند وكارستيرز (1982)، في مسحهما على 5.000 من كبار السن في سكوتلندا. وقد ميز هذان المؤلفان بين المعيار الوظيفي

للاعتمادية (الحركة، كفاءة الرعاية الخاصة والرعاية المنزلية) والمعيار الإكلينيكي للاعتمادية (السلس البولي، الحالة العقلية) وقد حاولا قياس ذلك. وقد اختارا معايير من مقياس سانسبوري الأصلي، على أساس الارتباطات الداخلية للفقرات، وقد عرضا ذلك للتحاليل الخاصة بمقياس جوتمان. وتم اختيار الفقرات على أساس مفهوم ترتيبي: وجود صعوبة لنشاط مرتبط بوجود صعوبة بالفقرات السابقة في المقياس. والفقرات مقسمة على أنها عدم قدرة حركية كانت: صعوبة / القدرة على السفر بالأوتوبوس، السير للخارج، القيام من على الكرسي (معامل الإنتاجية 0.97)؛ عدم القدرة على العناية بالذات تشمل: عدم القدرة / القدرة على غسل الشعر، التنظيف الذاتي، الاستحمام، ارتداء الملابس، ارتداء الحذاء والشراب (معامل الإنتاجية: 0.99). عدم القدرة على العناية المنزلية تشمل: صعوبة / قدرة: عمل مشتريات ثقيلة. غسيل الملابس، تحضير وطهو الطعام كي الملابس، الأعمال الخفيفة، فرش السرير. (معامل الإنتاجية: 0.96).

مؤشر الأداء لـ كارنوفسكي (KPI)

يُسمى مؤشر كارنوفسكي للأداء في بعض الأحيان مقياس كارنوفسكي للأداء. وهو يؤكد الأداء البدني والاعتمادية. ويستخدم بصفة خاصة لمرضى السرطان الرئوي وعلاقته بالعلاجات المُسكِّنة (Karnofsky et al. 1948,1949). وهو مقياس بسيط من صفر – 100 (طبيعي – مختصر)، تطوَّر للاستخدام في أماكن العيادات. وتقل الميزان (يستخدم بالذات) أكثر في حالات الأبعاد البدنية لنوعية الحياة بدلا من الأبعاد الاجتماعية والنفسية. ويقيِّم المرضي إلى درجات بواسطة الطبيب أو العاملين في مجال الرعاية الصحية. ويستخدم بكثافة في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية.

في دراسة سابقة، لاختبار تعدد قياسات نوعية الحياة في مُحاولات العيادات لناتج

الرعاية في 6 مجالات عالمية للسرطان، أوضحت أن 6% فقط حاولوا قياسه، وأن غالبية 6% استخدموا المعيار الأساسي لكارنوفسكي (Bardelli and Saracci 1978).

المحتوى

أمثلة على بعض التقسيمات المستخدمة بواسطة المحترفين ونقاطهم هي:

طبيعي: لا شكوى، لا يوجد مؤشر للمرضى (المؤشر: 100) يحتاج مساعدة كل حين من الآخرين ويمكنه العناية بمعظم الاحتياجات (المؤشر: 60).

معاق: يحتاج رعاية ومساعدة خاصة (المؤشر: 40).

محتضر: تنامي ظواهر الموت سريعًا (المؤشر: 10).

ميت: (المؤشر: صفر).

التسجيل (النقاط)

كل من 11 مكونًا للمقياس يعطي نسبة مئوية للنقاط 100 = طبيعي، صفر = ميت. طريقة النقاط لم تقيم للصدق. يوجد مستويات عديدة.

هناك مشاكل من هذه الطريقة، خاصة مع الافتراض بأن المريض منخفض النقاط بسبب عدم الحركة بالتالي يمتلك نوعية حياة فقيرة مقارنة بمريض نقاطه عالية، والعكس صحيح. مثال، المريض ضعيف النقاط قد يكون له دعم اجتماعي أفضل مقارنة بشخص له نقاط جيدة؛ وأنه على الرغم من عدم القدرة على الحركة، قد يكون له نوعية حياة أفضل. بالإضافة، فإن معدلات كارنوفسكي تنقل دائمًا على أساس متوسط النقاط، ولكن لا يوجد شواهد على أن الفترات البينية بين 10 مستويات تمثل نفس الدرجة لسوء العمل (O'Brien 1988). تفسيرات تقسيمات المقياس مختلفة، خاصة حيث تغطي النقاط مختلف عناصر المفاهيم.

الصدق

إن من عيوب مؤشر الأداء لكارنوفسكي، بجانب محدودية محتواه، هو أنه يشمل تقسيمًا للمرض بواسطة شخص آخر. وهذا الخلل الأساسي، يعطي شواهد التناقض بين معدلات المريض والطبيب في الأداء الوظيفي ونوعية الحياة. وفي دراسة لإيفنز وآخرين (1984)، مثلا، كان هناك تناقضا واسعًا بين التقييم الذاتي للمريض المبني على بروفيل تأثير المرض وتقييم الأطباء، المبني على مؤشر الأداء لكارنوفسكي، ومع التقييم الأخير للمريض الذي يظهر أقل تدهورا من الأول.

ولكن مازال مشهورا بين الباحثين الإكلينيكيين، خاصة في مجال علم الأورام (Tentes et al. 2003 ، Llobera et al. 2003 ، Hwang et al. 2003). وقد استخدم Mor et al. (1984) المقياس في دراسة تقييم قومية خيرية. وقد نقلوا أن الصدق المجمع للمقياس قد تم: وكان مرتبطًا بقوة بمقياسين مستقلين آخرين لأداء المريض (مقياس ADL لكاتز وآخر لتقييم نوعية الحياة). وقد كان ممكنًا التنبؤ بطول الحياة (0.30) في مجتمع مرضى السرطان الانتهائي، مؤيدا قدرته التنبؤية للصدق. Firat et al. (2002) نقل أيضًا، على أساس عينة من المرض لسرطان الرئة، أن KPI ارتبط بالأحياء بطريقة مستقلة، وكان وسيلة تنبؤ مفضلة (مع مرض مشترك) مقارنة بمرحلة السرطان الإكلينيكية. لذا، فإن مؤشر الأداء لكارنوفسكي وسيلة تنبؤ ناجحة للأحياء وقد نقل (Llobera et al. 2003) أنه تنبئي للاعتمادية والحالة المتدهورة لمرضى السرطان في مراحله النهائية. ومرة أخرى، في دراسة عن مرض السرطان (عدد: 2.046) نقل مور (1987) ارتباطًا متوسطًا بين كارنوفسكي ومؤشر نوعية الحياة لسبتزر، وسبب الارتباط المتوسط هو أنه متعدد الأبعاد، وإحدى أهم استخداماته في الولايات المتحدة في دراسة قومية لزراعة القلب (Evans et al. 1984). وأوضحت نتائج الدراسة انحرافًا واضحًا في توزيع نقاط كارنوفسكي قبل وبعد الزراعة.

على الرغم أنه يوصف عادة على أنه مؤشر لنوعية الحياة (Sitjas et al. 2003) . هو مقياس للوظائف وليس لنوعية الحياة الأوسع . وفي دراسة على 139 مريضًا بسرطان الرئة ، (Schaafsma and Osoba 1994) أقروا بوجود ارتباطات ضعيفة بين نقاط كانوفسكي ونوعية الحياة ذاتية التقدير باستخدام استبيان ذي 30 فقرة للمنظمة الأوروبية لعلاج السرطان (Aaronson 1993) . على الرغم من شهرته بين الأطباء ، في دراسات السرطان (انظر كتاب المؤلفة Measuring Disease للاطلاع فيما يخص علم الأورام) ، مع ذلك فهو مقياس محدود . بالإضافة ، فإن (Yates et al. 1980) قام بأول صدق موضوعي للمقياس واستنتج أن المؤشر ليس مدرجًا بشكل مناسب حيث إن قيم المقياس ليس لها ارتباط بالدلالة الطبية .

الثبات

تختلف نتائج الاختبار للثبات بين التقديرات الداخلية اختلافًا عريضًا ، حيث توضح بعض الدراسات انخفاض الثبات عند 29 - 43% مع تقرير كوهين كابا وغيره من التقارير عالية الارتباط (بيرسون) من 0.66 - 0.69 ، (Hutchinson et al. 1979 ، Yates et al. 1980) . وفي تقييم (1984) Mor et al. القومي الخيري ، أقر أن معامل الثبات للمعدل الداخلي لعدد 47 من القائمين على المقابلات في اختبار وإعادة الاختبار في فترة أربعة شهور كان 0.97 .

كما أقر (1988) Slevin et al. في دراسة شملت 108 من مرضى السرطان مقسمين على مجموعتين مختلفتين من المرضى المشتركين لنفس الجهاز ، بما في ذلك مؤشر كارنوفسكي ، في يوم واحد ، ثم يومين ولمدة خمسة أيام متتالية . على الرغم من أن مؤشر كارنوفسكي أقوى من غيره من الاختبارات (مؤشر سبيتزر لنوعية الحياة ، مقياس المستشفى للقلق والاكتئاب والتقييم الذاتي المشابه الخطي للمقاييس المشابهة المرئية) ،

ونفس التسجيل تم على 54% فقط من الحالات، على الرغم من أن النقاط الخمس العليا فقط تم تغطيتها بمؤشر كارنوفسكي.

وثبات وصدق المؤشر تم حديثًا فقط وضعه تحت الاختبار (Hutchinson et al. 1979). وحالة المقياس "الرقمية" لم يتم الاعتراض عليها بجدية، وقد تم قبولها بدون انتقاد كما تم تطبيقها في عيادات كثيرة (Schag et al. 1984) كما تم استخدامها في أماكن حيث يُستلزم أن تناقش حالة المقياس الرقمية (مثل عيادات نقل النخاع العظمي Bone-marrons للأطفال (Hinkerberger et al. 1987).

هناك نسخ أخرى للمقياس تم تطويرها، ولكن بدون تحسن واضح في التأثير عن النسخة الأصلية (Zubrod et al. 1960، World Health org. 1979، Nou and Aberg 1980:). وكل هذا تم وضعه في كتاب مقياس المرض (Bowling 2001).

مؤشر بارثل

تم تطويره هذا المؤشر بواسطة Mahoney and Barthel (1965). وهذا المؤشر مقياس مشهور في علم الأعصاب، ومفيد وقادر على التنبؤ بناتج بعض الأمراض خاصة مرضى السكتات الدماغية. وهو ليس مقياسًا متكاملا للوظائف (حيث ينقصه الوظائف المنزلية والاجتماعية مثلا وغيرها) وليس مناسبا للاستخدام في المجتمع ومع الأقل قدرة أو المعاقين؛ وهو مرتكز على الوظائف الملحوظة. وقد طُوِّر المؤشر لقياس القدرة الوظيفية قبل وبعد العلاج الجراحي، ولتحديد مدى العناية التمريضية المطلوبة. كما كان المخطط له أن يُستخدم في المستشفيات لمرضى حالات أوجاع الجهاز العضلي العصبي أو الخلل في عضل الهيكل العظمي؛ وقد تم استخدامهُ بصفة عامة لتقييم ناتج العلاج منذ ذلك الحين. ومؤشر بارثل مبني على مقياس مدرج لعشر مجالات يقوم بالعمل به الطبيب أو الملاحظ. ويستغرق حوالي 30 ثانية لتسجيل النقاط.

المحتوى

يغطي المقياس الأبعاد التالية :

التغذية

الحركة من السرير للكرسي المتحرك

المرحاض الشخصي (الاغتسال، ... إلخ)

الجلوس على المرحاض والقيام منه

الاستحمام

المشي على سطح مستو (دفع كرسي متحرك)

الصعود والنزول من السلم

ارتداء الملبس

السلس البولي (أو البرازي)

تعطى درجة صفر عندما لا يمكن المريض ملاقاة المعايير المُعَرَّفة، وتحذف بعض الواجبات اليومية مثل الطهي؛ شراء المشتريات، وغيرها من الواجبات الأساسية للحياة في المجتمع. ويبدو أنه مناسب للمجتمع البحثي (حيث صممت من أجله).

التسجيل (النقاط)

هناك قيم مختلفة موجهة لنشاطات مختلفة. ويتم تسجيل الأفراد على النشاطات العشر التي تجمع لإعطاء نقاط من صفر (معتمد تمامًا) إلى 100 (مستقل تمامًا). وقد أعطي مؤلفو المقياس تعليمات مفصلة لتقييم وتسجيل النقاط للمرضى مثال :

القيام بواجبات الحمام ذاتيًا : 5 = المريض يمكنه غسل اليدين والوجه، تسريح الشعر، تنظيف الأسنان والحلاقة. ويمكنه استخدام أي نوع من

الأمواس ولكنه يجب أن يستطيع وضعه في الماكينة أو وضع قابس الكهرباء الخاص بالماكينة بدون مساعدة وسحبه من الماكينة أيضاً، كما يمكنه أخذه من الرف أو الدرج. والنساء يجب أن يتمكَّنَّ من وضع مساحيقهن بأنفسهن، لمن يستعملنها، ولا يشترط عمل ضفائر أو تسريحات خاصة.

هناك وسيلة مطورة أخرى للتسجيل تعطي أعلى تسجيل 20 للمرضى الذين يستطيعون: الاغتسال، التغذية، لبس ملابسهم بأنفسهم ويتحركون بدون مساعدة بطريقة مستقلة (Collin et al. 1988).

وتعكس النقاط الوقت اللازم والمساعدات التي يحتاجها المريض. لكن طرق التسجيل غير متَّسقة في أنها عند وجود أي تغير في رقم ما من النقاط لا يعكس التغير الموازي في الإعاقة خلال النشاطات المختلفة. كما يشير المؤلفون، أن المقياس محدود في أن التغير يمكن حدوثه في النقاط النهائية للمقياس.

الصدق

قام ويد وآخرون (1985، 1992) وكولين وآخرون (1995) باختبار مؤشر بارثل الأصلي للصلاحية، وذلك في أثناء تقييم العلاج ضد مرضى السكتة الدماغية. وتم تسجيل النتائج بالتفصيل بواسطة (Wade 1992). استخدم (Mattison et al. 1991) مؤشر بارثل مع 364 مريضاً زائرين لوحدة الإعاقة البدنية. وتم مقارنته بمقياس (Pulses) وكذلك (ERSS) مقياس حالة الاستشفاء لإدنبرج (Affleck et al. 1988)، وتم تقديم التقرير بأن الارتباط ما بين بارثل والمقياسين الآخرين كان 0.65 و r = 0.69 – على التوالي. كما نقل Wade and Collin (1988) نتائج جيدة. معظم الدراسات عن الصدق قارنته مع بروفيل (Pulses) الذي أعطى ارتباطات 0.74 – حتى 0.95 – (Mattism et ; Granger et al. 1979 al. 1991). قدمت دراسة (1997) Wilkin et al. عن الناتج طويل المدى لمرضى السكتة

تقريرا بأن مؤشر بارثل يرتبط ارتباطًا عاليًا مع البعد الوظيفي البدني للـ SF - 36 (0.810 = r)، وبُعد الحركة البدنية لنوتنجهام لبروفيل الصحة (r = 0.840 -)، مقياس لندن للإعاقة (r = 0.727) ومؤشر فرنشي للنشاطات (r = 0.826) وقد استنتجوا أن استخدام مؤشر بارثل مازال مناسبًا للاستخدام لدراسة مرضى السكتات الدماغية للمتابعة طويلة المدى.

تم التقرير بأن مؤشر بارثل يحوي صدقًا تنبُئيًا حيث يرتبط جيدًا مع نقاط سير المرض لمرضى الصدمات (Kalra and Crome 1993)، طول فترة البقاء في المستشفى والوفاة (Wylie and White 1964) . وقد نقل أنه حساس لاستشفائهم (Wade and Langton - Hewer 1987) .

وهو أقل تناسبًا للاستخدام للمرضى ذوي الإعاقة الأقل شدة. كما أنه غير حساس للتغير الإكلينيكي للمرضى كبار السن والذين يزورون المستشفى لمدة يوم (Parker et al. 1994 ; Radgers et al. 1993) . كما أن مؤشر بارثل مقياس لما يفعله المريض، أكثر منه عن قدرته، قد يعتمد التسجيل على المكان (McMurdo and Rennie, 1993) قد لا تكون حساسة لتحسينات التدهورات لما بعد النقاط النهائية للمقياس (تأثيرات "الأرض" و "السقف"). وقد قيم Yohannes et al. (1998) الحساسية والخصوصية لمؤشر بارثل في دراسة للأشخاص المصابين أو الخالين من مرض محدودية سريان الهواء المزمن (CAL). وقد أقروا أن مؤشر بارثل قلل في تقييم الإعاقة في (CAL) وأن نوتنجهام يزيد تقييم مؤشر ADL بين المجموعات أفضل من بارثل. كما نقل أن مؤشر بارثل له قوة أقل للنقاط النهائية عن مقياس رانكن المطور سابقًا عند استخدامه في التجارب الإكلينية لمرضى السكتات الدماغية (Ramkin 1957) مع الاستخدام يؤدي إلى ضعف قوة التجربة لحجم خاص أو يحتاج عينة أكبر للحصول على قدرة إحصاية، مختلف عن مقياس رانكن (Young et al. 2003).

نقل De Haan et al. (1993) أن معامل تحليل مؤشر بارثل أظهر أن الفقرات وصفت خاصية مشتركة واحدة فسرت 81% من الاختلاف في دراستهم عن السكتات الدماغية في المرضى. وهذا يدعم التحاليل العاملية السابقة التي أوضحت أنه يقيس مجالاً واحداً، على الرغم أنه قُدِّم تقرير عن عاملَيْن آخرَيْن هما الحركة والعناية الشخصية (Wade and Lnagton - Hewer 1987).

الثبات

قدم Sherwood et al. (1977) تقريراً عن معاملات ثبات ألفا لتكون 0.95 إلى 0.97 لثلاث عينات من مرضى المستشفى، مقترحاً بأن المقياس فيه اتساق داخلي. وقد اختبره Collin et al. (1988) للثبات على 25 مريضاً بالسكتة؛ وحلل الموافقة الخاصة بالمراقب، مستخدماً مجموعات من اثنين، ثلاثة وأربعة مراقبين. وقد نقلوا أن هناك صعوبات في الموافقات التي كانت منخفضة في المستوى المتوسط؛ وبالتالي، فقد حسنوا التعليمات للملاحظين. وفي دراسة في المجال العصبي لمرضى السكتة الدماغية من العيادات الخارجية، نقل أيضاً De Haan et al. (1993) أن مؤشر بارثل يحوي اتساقاً داخلياً عالياً أيضاً (Cronbach's alpha = 0.96) ومعدل التسجيل للنقاط لثلاثة ملاحظين (يتراوح من 0.82 حتى 0.95 و Mean kappa = 0.88) ونقاط الفقرة الواحدة (متوسط قيم كابا – 0.82 - 1.00). وصف Granger et al. (1979) ثبات الاختبار وإعادة الاختبار بأنه 0.89 للمرضى المعاقين بشدة، مع زيادة الموافقة التقديرية الداخلية عن 0.95. ولكن، هناك دراسات لتقديرات الأطباء والممرضات للمرضى في بيوت المسنين من كبار السن؛ قد توصلت إلى موافقة ضعيفة، خاصة للمرضى ببعض درجات التلف الإدراكي (Ranhoff and Laake 1993).

على الرغم من محدوديته المعروفة، فإن عدداً كبيراً من الدراسات تدعم

استخدامه للمجموعات الخاصة، خاصة مرضى الجهاز العصبي (Collin et al. 1988، Wade and Collin 1988) . ولا يحتاج المرء لإذن لاستخدام مؤشر بارثل .

هناك نسخ معدلة للمقاييس تم تطويرها (Granger et al. 1979، Fortinsky et al. 1981 ؛ Granger 1982 ؛ Granger and McNamara 1984، Shah et al. 1989، Gompertz et al. 1993a, 1993b) لكن، Granger et al. ينظرون إلى تطويراتهم السابقة للمقياس (الذي امتد ليشمل 15 فقرة) أن يكون مهجوراً وتم تغييره بقياس الاستقلال الوظيفي (18 فقرة) وقياس التقييم الوظيفي (12 فقرة) (FIM+FAM) (Stineman et al. 1994). حيث FIM يشمل 18 فقرة ؛ سبع مستويات للميزان الترتيبي يغطي مجالين : التلف الحركي والمعرفي. كما أن FAM يحوي 12 فقرة ويرتبط بالـ FIM ويشمل المعرفة، السلوك ؛ الاتصال، المجتمع الوظيفي (Hall 1997). ومقياس الـ 18 فقرة بأكمله معروف بأنه FIM+FAM، ويحتاج إلى 35 دقيقة في الاستخدام، وقد نقل أن له ثباتا وصدقًا جيدين (Ottenbacher et al. 1994، Kidd et al. 1995، Turnner-Stokes 1999)، كما نقل Hall (1992) موافقة المُقدِّر أن يكون 89% وكان تسجيل Kappa 0.85 . ولكن Riazi et al. في 2003 قدم تقريراً بأن حركة Fam للمقياس بها ثبات أقل (alpha 0.78) مقارنة بالمقياس الفرعي SF - 36 البدني وذلك في تجربة إكلينيكية تشمل مرضى تليف الأنسجة المتعدد .

هناك نسخة للملكة المتحدة تم تطويرها، وأصبح ذلك للإسراع من حيادية هدف التسجيل وقد أدى إلى تحسين الفريق والدقة في تسجيل النقاط (Turner-Stokes et al 1999) . ويزداد استخدام FIM+FAM، على الرغم من شهرة بارثل الأصلي، خاصة في دراسات السكتات الدماغية ويستمر الباحثون في التحقق من استخدامه (Wilkinson et al. 1997 ؛ Fjartoft et al. 2003) . على الرغم أن مؤشر بارثل ضيق في حدوده ؛

فلم تظهر القياسات الأعرض أن لها صدقًا أكبر أو استجابية للتغيير في الحالة (Guyatt et al. 1993) .

مقياس لندن للإعاقة (LHS)

مقياس لندن للإعاقة (Harwood and Ebrahim 1995 ; Harwood et al. 1994) هو تقسيم للإعاقة على هيئة استبيان يغطي 6 مجالات ؛ الحركة : الاستقلال البدني ، الوظيفة ، التكامل الاجتماعي ، التأقلم والاكتفاء الذاتي الاقتصادي . ويشمل جدولا من أوزان الشدة لتساعد على حساب نقاط الإعاقة ومستوها الكلي . وقد عرّف مطورو المقياس الإعاقة بأنها المساوئ التي تحدث للفرد نتيجة لاعتلال الصحة . وقد بني المقياس على تقسيم للمنظمة الدولية للصحة 1980 وهو التقسيم الدولي للتلف ، العجز ، والإعاقة . وزن النقاط تم الحصول عليها من عينتين لأشخاص عادية (8 = 34 و 79) ؛ 97 طبيبًا و 14 مختصًا للصحة هم من سئلوا عن تقييم مدى شدة المواصفات النظرية .

المحتوى، الإدارة والنقاط

كل من المجالات الستة تحتوي على سؤال من فقرة واحدة ، مع توافر ستة خيارات للإجابة ، مع تفصيل لوصف معنى فقرات الإجابة للمقياس الفرعي ، والتسجيل المناسب من القالب يستخدم لكل إجابة ، وتدخل إلى وصفه التسجيل للحصول على نقاط الإعاقة الكلية . والتسجيل تقدير للفائدة النسبية للحالة الصحية الموصوفة . وتسجيل 100 يوضح عدم وجود إعاقة ، بينما تسجيل لصفر يمثل إعاقة قصوى . والمقياس متكامل ذاتيًا : والنسخة الأولية للتكملة بواسطة مجموعة ثالثة يمكن الحصول عليها بواسطة الناس الذين لا يمكنهم استكمال الاستبيان بأنفسهم . وهناك كتيب متاح يصف المقياس ويشمل تعليمات التسجيل . وأمثلة من مقياس لندن للإعاقة هي :

الاستقلالية البدنية

مراعاة النفس، والتفكير عن أشياء مثل أعمال المنزل، المشتريات والبحث عن المال؛ الطبخ، المغاسل؛ ارتداء الملبس والاغتسال؛ الحلاقة واستخدام المرحاض.

هل تمنعك صحتك من موالاة نفسك؟

أبدا: فأنت تفعل كل شيء للاعتناء بنفسك.

قليل جداً: أنت تحتاج إلى مساعدة بسيطة الآن ومرة أخرى.

كثيراً تحتاج إلى مساعدة في واجبات معينة مثل الأعمال المنزلية الثقيلة أو المشتريات ولكن ليس أكثر من مرة في اليوم.

كثيراً جداً: أنت تفعل شيئاً لنفسك وتحتاج إلى أكثر من مساعدة في اليوم الواحد. يمكنك البقاء وحدك بأمان لعدد من الساعات.

تقريبا بالكامل: تحتاج مساعدة بكل شيء، تحتاج اهتماما دائماً، ليلا ونهاراً.

الصدق والثبات

مقياس لندن للإعاقة، ومعه عدة مقاييس أخرى، تم استخدامها لعدد من 89 من الذين عانوا من السكتات الدماغية عند 12 شهراً وما بين 24، 36 شهراً بعد مؤشر السكتة. وكان مقياس لندن للإعاقة مرتبطاً بغيره من المقاييس بشدة ($r = 0.4$ to 0.7)؛ التي اشتملت علي مؤشر بارثل (Mahoney and Barthel 1965)، وكذلك مقياس نوتنجهام المطوّل للـ ADL (Nouri and Lincoln 1987) وبروفيل نوتنجهام للصحة (Hunt et al. 1986) ومقياس طب الشيخوخة للاكتئاب (Yesavage et al. 1983). وفي دراسة أخرى على 58 مريضاً، تم استخدام المقياس بعد دخول المستشفى بستة شهور نتيجة الفوضى للسكتات الدماغية. وكان ارتباط المقياس عالياً ($r = 0.78$) مع مقياس رانكن المعدل

(UK - TIA Study Group 1988: Rankin 1957)، دعمت صدقه المتزامن (Harwood and Ebralin 1995). وارتبط المقياس بإعاقة ما قبل السكتة الدماغية، وبداية السكتة الدماغية، وكذلك بالناحية المزاجية في سنة، ومن سنتين لثلاث سنوات، لتتبع 316 من مرضى السكتة الدماغية الحادة (Harwood et al. 1994, 1997). وفي دراسة لناتج طويل المدى للسكتة بواسطة (Wilkinson et al. 1997). فقد أوضح LHS ارتباطاً عالياً مع مؤشر بارثل (r = 0.726).

وقد وجد أنه بعد نقل عظمة الورك في دراسة على 81 مريضاً حدوث تحسنات. وأظهرت المكونات الرئيسية للتحليل حلا عاملياً أو اثنين (يمثل الأول الإعاقة، ولكن لم يكن هناك أي شكل من التحميل على العامل الثاني) (Harwood and Ebrahim 1995).

وفي دراسة على 37 مريضاً بالسكتة الدماغية كانوا يعيدون استكمال المقياس في أسبوعين بعد التقييم المبدئي وكان معامل الثبات 91.)، في دراسة متابعة لمدة 3 شهور على 79 مريضاً بالالتهاب الروماتيزمي نتج عنها أن معامل الثبات 0.72. وكان معامل الثبات 0.77 لمجموعة مختلطة من المرضى (13 نقل عظمة الورك 4 نقل ركبة، 6 مرضى للأوعية الدموية) (Harwood and Ebrahim 1995).

كانت نقاط المقاييس الموزونة وغير الموزونة (عملية تجميع بسيطة للنقاط بدون الأوزان) قد اختبرت في دراسة على مرضى السكتة الدماغية بواسطة (Jenkinson et al. 2000). وكانت ألفا كرنباخ لمقياس لندن للإعاقة 0.85 مبينة اتساقا داخلياً جيداً. والنسخ الموزونة وغير الموزونة من LHS ارتبطت عالياً بعضها مع بعض (r = 0.98). النسختان كلتاهما ارتبطتا بالمثل مع بيان دارموث كوب، مؤشر فرنش للنشاطات، مؤشر بارثل، ومقياس المستشفى للقلق والاكتئاب، وأكدت الارتباطات صدقها

التجمعي وقدرتها التمييزية، لذا فإن تجميع النقاط البسيط LHS لم يؤد إلى أي تغير في خصائص قياسات الجهاز، مقارنة مع نقاط الوزن المعياري. لذا، فإن المؤلفين يوصون بأن النقاط غير الموزونة يجب أن تستخدم حيث إنها أسهل في الحساب والتفسير.

استخدم المقياس في دراسات وصفية كثيرة للإعاقة، (Harwood et al. 1996a, 1998b) (Prince et al. 1997, 1998). في المجمل، فهو مقياس مطور نسبيًا حديثًا يظهر قدرات نفسية حالية.

مقياس نوعية الرفاهة (QWBS)

وقد تطور مقياس نوعية الرفاهة لكي يفعل "الرفاهة" كنموذج للسياسة الصحية. وكانت محاولة للتطوير لتحليل اقتصادي رخيص التكلفة لتوزيع الثروات، مثال، مقارنة الحالة الصحية لمجموعة من الأشخاص لتقييم برامج الرعاية الصحية (Kaplan et al. 1976؛ Bush 1984). ويقدم تقديراً لقيمة الحالة الصحية الضرورية لتحليل عائد التكلفة (Hays et al. 1996).

يمكن استخدامه لعموم السكان ولأي نوع من الأمراض. وتم استخراج الفقرات الموجودة في جدول المقابلة أساسًا من المسح المرجعي للصحة بالولايات المتحدة الأمريكية ومن مسح إدارة الأمن الاجتماعي، اختبر وروجع الجدول على مجموعات كبيرة من الممرضات والطلبة الخريجين. ويجمع QWBS الوفاة مع تقييم نوعية الحياة. ويحدد المقياس ناتج الصحة لعلاج لسنوات العمر، محددة بنقص النوعية: التي هي مسئولة عنها. أولا: تقييم الصحة بادئًا من تقييم الحالة الوظيفية، المؤسسة على الأداء البدني للشخص، ثانيًا: قيمة تعكس الرغبة (الفائدة) النسبية لكل مستوى وظيفي (Fanshel and Bush 1970).

تستخدم إجابات الاستبيان المتفرع لتقييم الأشخاص لإحدى حالات الوظيفة

التمييزية . وهي تعتمد على نموذج يشمل الأعراض / المشكلة ؛ الحركة ، النشاط البدني والاجتماعي . وقد استخدم QWBS في دراسات تقييم مختلفة لأمراض الصدر وتجارب العلاج بالأدوية (Kaplan 1994 ، Bombardier et al. 1986 ؛ Toves et al. 1984) . هناك مجالات مختلفة للاستخدام تم تقريرها بواسطة (Bush 1984) ، ومعظمها غير منشور . يشمل المقياس الموت . وهذا يستبعد المشكلة الملازمة للمؤشرات الأخرى ؛ حيث عندما يتم عادة تجاهل الموت ، يُظهر موت الشخص المعاق تحسنًا في تقدير السكان للحالة الصحية (Kaplan et al. 1994) . ثالثًا : تجمع المعلومات أيضًا عن المستقبل ومتغيراته (احتمالات المرض) . مما يسمح التمييز بين شخصين بنفس قدرات الإعاقة الوظيفية وأحدهما مريض في مراحله الأخيرة) .

وجدول المقابلات طويل ، ويمكن شراء كتيب من ثلاثين صفحة من المؤلفين . ويستغرق الاستبيان 10 - 15 دقيقة . ويمكن استخدامه مع وكلاء أو مندوبين عندما لا يستطيع الإجابة عليه . (مثال ضحايا السكتة الدماغية) . كما يوجد شكل نموذج ذاتي الاستخدام (QWBS - SA) .

المحتوى

يتكون مقياس نوعية الرفاهة من ثلاثة مقاييس ترتيبية على الأبعاد الخاصة بالنشاطات اليومية . ومجموع كل من المقاييس الثلاثة للحركة ؛ النشاط البدني والاجتماعي كانت تُستخدم في البداية لتعريف 29 مستوى وظيفي . وتغيرات مشابهة زادت الرقم الخاص بمستوى الوظائف إلى 43 . وكل مستوى وظيفي يمكن أن يرتبط بتقسيم منفصل للأعراض والمشاكل . الأسئلة وضعت على أساس الأداء ، وليست القدرة ، هناك أربعة مظاهر وظيفية تمت تغطيتها الحركة / قيد ، النشاط البدني ، النشاط الاجتماعي (مثال : العمل والعناية بالمنزل) ، الرعاية الذاتية . وفئات كل مقياس تتدرج من الاستقلال التام إلى الموت . ومقياس القدرة البدنية لديه أربعة مستويات والأخرى لديها خمسة .

وتُعطى للمستجيبين قائمة من 22 "عرضًا / مشكلة" مركبة ويُسألون عن تحديد كل ما ينطبق عليهم طوال الأيام الستة التالية ثم يُسألون بعد ذلك عن "أكثر بصفة خاصة" . ثم، يسألون عن الحركة، النشاط البدني والاجتماعي . ويُسأل عن القدرة الواقعية أكثر من السؤال عن القدرة على الأداء .

أمثلة من فقرات المقياس هي :

الحركة

قيادة السيارة أو استخدام الأوتوبوس أو القطار

لا يستطيع القيادة أو يحتاج إلى مساعدة لاستخدام الأوتوبوس أو القطار

النشاط البدني

السير بدون مشاكل بدنية

النشاط الاجتماعي

يعمل، يذهب إلى مدرسة، يقوم بأعمال منزلية أو غير ذلك من النشاطات

محدود في الكمية أو نوع العمل، المدرسة، الأعمال منزلية

النقاط

مستجيبو حالة الوظيفة يقسمون لكل يوم على الميزان مقاييس للحركة؛ النشاط البدني أو الاجتماعي . نقاط QWBS تحسب بتجميع هذه المعلومات مع استجابات الأعراض / المشاكل، باستخدام مجموعة من الأوزان المفضلة؛ وطُوِّر الأخير على أساس المقابلات مع 800 مستجيب في مسح منزلي وفيه يُسأل المستجيبون عن تدريج الحالات الصحية على مقياس من 10 نقاط من الموت إلى صحة تامة . استُخدم التدريج في تحليل متعدد الانحناء للحصول على الأوزان للاستجابات المختلفة . تحسب النقاط منفصلة لكل

يوم من الأيام الستة، ونقاط QWBS تحسب كمتوسط لكل ذلك. وكان التسجيل النهائي يتراوح ما بين صفر (موت) إلى واحد (صحة تامة) (Patrick et al. 1973a, 1973b) . لكل من مستويات الوظيفة الـ43 يتم وضع "وزن مفضل" من واحد (حالة رفاهة كاملة) إلى صفر (الموت). والوزن المفضل يحدد للمستوى الوظيفي لقدرات المستجيبين، والناتج الرقمي يعرف بنقاط نوعية الرفاهة. وقد لاحظ المؤلفون أنه من الممكن إعطاء النقاط تحت الصفر ليمثل حالة "أقصى من الموت" (Kaplan and Bush 1982) . والأوزان المختارة تمثل تفضيلات من ناحية الأهمية النسبية التي يحددها أعضاء المجتمع لكل مستوى وظيفي. وتشمل المرحلة الثالثة من التدريج ضبط حالة احتمالات المرضى (Kaplan et al. 1967, 1979) ويطور حالياً المؤلفون نسخة ذاتية الاستخدام للمقياس. وقد نقل عن (Kaplan and Ernst 1983) اختبارات لصدق المقياس من حيث آلية التدرج. ولم يتفقد المتوسط أو التباين لتفضيل خواص نوعية الحياة عبر الوقت (Kaplan et al. 1978).

الصدق

لقد ذُكِرَ QWBS بواسطة (Kapla et al. 1976) . ومحتوى صدق المقياس كمؤشر للإعاقة يزداد مع حدوث الوفاة. وقد قدّم Kaplan (1976) تقريراً لارتباط 0.75 – بين QWBS وبعض الأعراض المنقولة. و 0.96 بين QWBS وبعض المشاكل الصحية المزمنة. والارتباط بين QWBS وعدد الأطباء المتصلين في الأيام الثمانية التالية كان 0.55 وكان الارتباط جيداً (0.76) مع نوعية الحياة ذاتي التقييم. وتظهر الأبحاث ارتباطه مع القدرة الوظيفية ومقياس الحالة الصحية الشامل من 0.17 إلى 0.71 والغالب الارتباطي 0.50 أو أكثر (Revicke and Kaplen 1993) . لذا فقد قال مؤلفوه بأنه له صدق تقاربي. وفي دراسات حديثة أكدت جودة الصدق التقاربي للـQWBS عند اختباره أمام قياسات أخرى للحالة الصحية (Groess et al. 2003). وهي قادرة على التنبؤ الناجح بناتج عن مرضى HIV بين

الناس (Kaplan et al 1995)، وقد نقلوا بأن له صدقًا مجمعًا جيدًا عند اختباره مع قياسات أخرى لمرضى HIV للحالة الصحية (Hughes et al. 1997) . قيمته التنبئية تم وصفها بأنها ما بين 0.95 إلى 0.98 وحساسية عند 0.95 وعلى أساس البيان من 1.324 شخصًا بمستويات من الأمراض والإصابات . وله أيضًا القدرة على التقييم للتغييرات في نوعية الحياة عبر الزمن (Kaplan et al. 1976) .

استخدم مقياس نوعية الرفاهة بواسطة Leihton Read et al. (1987) للدراسة على 400 مريض من العيادات الخارجية في بوسطن ، ماسا شوسيتس ، الولايات المتحدة الأمريكية ، واختبر المؤلفون هذا المقياس و SIP و (GHRI) للصدق المجمع ، المحتوى والصدق التميزي . كانت نتاج الصدق المجمع مشابهة لما وجده صانعو المقياس ، والارتباط بين المقاييس كان عاليًا (0.46 - 0.55) . وقد قرروا أن GHRI الأسهل في الاستخدام ، حيث كان SIP ، QWB مقياسين يحتاجان جهدًا متفانيًا من المتدربين على المقابلات . وكلها كانت مقبولة من المستجيبين . احتوت QWBS على فقرات كثيرة مقارنة بالآخرين عن الأعراض الخاصة : وبالعكس احتوى SIP على تفاصيل أكثر عن سوء الوظائف . واستنتج المؤلفون أن لكل مقياس قياسًا مناسبًا للحالة الصحية . Anderson et al. (1998) قارن نتائج QWBS مع نتائج SF - 36 في الخصائص الصحية للمرضى (خاصة السرطان والإيدز) على مدى أكثر من سنتين ونصف . وقد أقروا أنه بينما وضح QWBS انخفاضًا في وظائف المرضى مع الوقت ، ولم يؤده SF - 36 . يبدو أن ذلك بسبب كون QWBS يعد أعداد موت المرضى كناتج ، بينما SF - 36 أعدادهم على أنها بيانات مفقودة . وبالتالي أوصى المؤلفون بكون QWBS أحسن قدرة للحفاظ على الناتج للأمراض الخطيرة عبر الزمن أكثر من SF - 36 .

الثبات

حاصل معامل الثبات عندما أعاد الحكام تقييم قيم المقياس لمستوى 29 وظيفة كان 0.90

(Kaplan and Bush 1982) . وثبات الاختبار وإعادة الاختبار كان بين 0.93 و 0.98 ؛ Busk 1984 ؛ Kaplan et al. 1978 . وتقديرات الاتساق الداخلي للثبات للـ QWBS لكل النقاط تم تقديم تقرير بها لأربع مجموعات سكانية وتقديرات الثبات زادت عن 0.90 . وتفاصيل دراسات الثبات قدّم Kaplan et al. (1988) تقريراً بها .

QWBS مميزة في أنها تشمل الوفيات . Kaplan (1994) و Kaplan et al. (1994) أوصوا بأن المقياس مفيد للتحليل السياسي والأبحاث الإكلينيكية نظراً إلى أحادية أبعاده ، ولكن أحادية الأبعاد هذه تجعله أقل معلوماتياً للدراسات الإكلينيكية ، حيث يُفضّل منهج النقاط متعدد الأبعاد . ولكن ، يمكن استخدامه لتقدير QALYs (ضبط نوعية سنوات العمر) للتحليل السياسي . تعقيد المقابلات الأصلية لمستخدمي المقياس قد منعت استخدامه في الأبحاث عن ناتج الصحة . كما استخدم من ناحية أخرى لمرضى حيث كانت ملاءمته موضع تساؤل (مرضى السرطان عند الأطفال) .Bradlyn et al) 1993) وللشكل القصير للـ QWBS - SA أيضاً خصائص قياسية نفسية جيدة وقد يكون مفضلا نظراً إلى قلة مصاريفه وتعقيد الجهاز للاستخدام عن النسخة الخاصة بمستخدمي المقابلات عند تقدير التأثيرات وتكاليف التأثيرات العلاجية (Pyne et al. 2003) . والأجهزة متوفرة بدون مقابل .

مقياس تقدير سلوك كرشتون رويال (CRBRS)

قام Robinson (1968) بتطوير هذا المقياس ، وقام بعملية التحسين والاختبار للثبات والصدق كل من Wilkin and Jolley (1979) لعينة من الناس من كبار السن المقيمين في بيوت المسنين وأجنحة المستشفيات لكبار السن والأمراض النفسية . استخدم المقياس بكثرة في المملكة المتحدة ، كما استخدم في تقييم بيوت المسنين الممولة من الحكومة (Bowling and Formby 1995 ؛ Bond et al. 1989) وبالنسبة لتقييم أماكن إقامة كبار السن (Willcocks et al. 1987 ؛ Jagger and Lindesay 1997) .

لقد صمم CRBRS للاستخدام مع كبار السن المقيمين في المؤسسات الاجتماعية. ويستكمل بواسطة شخص ثالث يعرف المستجيب جيداً (الممرضة في جناح المستشفى مثلا. و CRBRS المطور يحتوي على 10 فقرات، خمس ترتبط بالقدرة الوظيفية (حركة غذاء، ملابس، استحمام، التحكم في الإخراج) وخمس ترتبط بالاضطراب العقلي (الذاكرة، الاتجاه، الاتصال، التعاون، الأرق). واضطراب المقياس الفرعي يمكن استخدامه مستقلا عن مقياس القدرة الوظيفية.

بما أن المقياس قد صمم للاستخدام مع الناس المقيمين بالمؤسسات الاجتماعية، فإن نشاطات دور الرعاية كانت مستبعدة. على الرغم أن تقارير الباحثين التي تحوي شواهد ثبات المقياس وصدقه قد نفذت طبعاتها، إلا أن وصف ملخص عن المقياس قد نُشِرَ بواسطة Wilkin and Thompson (1989). ويحتاج القائمون على المقابلات إلى تدريب.

ملاحظات الإرشاد تعطى للقائمين على المقابلات لإثارة الأسئلة المناسبة، والقائم على المقابلة يتوقع منه سؤال عن بعض الأمثلة عن السلوك قبل عمل تقسيمات. ويركز المقياس في استخدامه على السلوك قبل عمل تقسيمات. ويركز المقياس في استخدامه على السلوك (ما يقوم به الفرد فعلا) وليس على قدرات الشخص. تم تصميم مجموعة من الأسئلة بواسطة Bond et al (1989) لاستخدام القائمين على المقابلات في التقييم، مع ارتباط عالٍ بين الاثنين. وتقييم القائمين على المقابلات بدون الأسئلة التركيبية يستغرق ثلاث دقائق، وقد يمتد تقييم الأسئلة التركيبية من 7 - 10 دقائق (Wilkin and Thom pson 1989؛ Bowling and Formby 1990).

المحتوى

أمثلة لتدرج المقياس هي:

ارتداء الملابس

صفر صحيح

1 غير كامل ولكن مناسب

2 مناسب مع إشراف قليل

3 غير مناسب إلا تحت إشراف مستمر

4 غير قادر على ارتداء الملابس أو حفظ الملابس

التغذية

صفر صحيح بدون مساعدة في الوقت المناسب

1 مناسب مع إشراف قليل

2 غير مناسب إلا مع إشراف دائم

3 تحتاج إلى التغذية

الذاكرة

صفر كامل

1 نسيان في المناسبات

2 فقد قصير المدى

3 فقد قصير وطويل المدى

الاتجاه

صفر كامل

1 يعرف وجهته في جناح المستشفى، التعرف على الناس بشكل صحيح

2 غير قادر على التعرف على الأشخاص ولكن يمكنه الوصول إلى الأماكن

3 لا يجد الطريق إلى السرير أو المرحاض بدون مساعدة

4 فقدان تام

قام بتصميم تفاصيل CRBRS الكاملة مع أنماط المقياس الكاملة وملاحظات القائمين على المناقشات والأسئلة التركيبية Bond et al. (1989) ليرافق المقياس المدرج، كان إنتاج (Wilkin and Thompson (1989).

التسجيل (النقاط)

كل فقرة مسجلة من صفر إلى 4، ما عدا الذاكرة والتغذية التي تسجل من صفر إلى 3، وهذه الفقرات تم تصميمها للمساهمة مساهمة بسيطة للنقاط النهائية. الفقرات الفردية تضاف للحصول على النقاط الكلية. وهي مقسمة إلى 6 درجات، على الرغم أن المؤلفين يشيرون أنها لا تمثل مستويات الاعتماد صفر - 1، 2 - 5؛ 6 - 10، 11 - 15، 16 - 20، 21 - 38 وغير واضح ما هو تمثيل نقاط المقياس.

المقياس الفرعي للاضطراب يمكن استنباطه، شاملا الفقرات الخاصة بالذاكرة، والاتصال. وهذه النقاط الفرعية للمقياس تجمع في أربعة مستويات: صفر - 1 (سليم) 2 - 3 (متوسط)، 4 - 6 (متوسط الاضطراب) 7 - 11 (شديد الاضطراب) (Evans et al. 1981).

الصدق

استخدمت (Thompson 1984) التحليل العاملي لتقييم صدق بناء الـ CRBRS. وقد أوردت أن الفقرات العشر تعكس بُعدين من الاعتماد: القدرة على الرعاية الذاتية والقدرة على المشي.

أعطت تقارير البحث تفاصيل لنتائج الصدق والثبات لـ CRBRS التي نفذت طبعاتها، ولكن Wilkin and Thompson (1989) قد أوجزا النتائج. وقد قررا أن نقاط المقياس الكلية من 10 أو أكثر، ارتبطت بتشخيص الاضطراب النفسي. ودراسة Evans et al. (1981) اقترحت أن نقاط المقياس الفرعي من 4 أو أكثر ترتبط مع التشخيص الإكلينيكي لحالة الجنون. ومجموع النقاط للمقياس ونقاط المقياس الفرعي للاضطراب تم مقارنتها مع التقييم الإكلينيكي المستقل وكذلك اختبار الحالة العقلية Roth-Hopkins (وكان الارتباط للمستوى الأخير 0.75 و 0.82) (Vardon and Blessed 1986؛ Wilkin and Thompson 1989) هناك بعض الأعمال لاختبار صدق الـCRBRS.

وقد حذّر Wilkin and Thompson (1989) من أن المقياس غير كافي الحساسية كأداة لتقييم التغيير خلال الوقت ويجب استخدامه لإعطاء البروفيل السكاني. ومشكلة استخدام المقياس لتقييم تغير الفرد خلال الوقت هو أن الاعتماد على الرواة المختلفين لاستكمال المقياس يؤدي إلى انحراف.

الثبات

تركيز المقياس على السلوك بدلا من القدرة يؤدي نظريًا إلى تقليل المشاكل مع الثبات. عمليا، فإنه من المناسب أن التدريج يجب أن يعكس فلسفة المؤسسة: مثال: العاملون في المؤسسات الاجتماعية المشجعون للاستقلال يميلون إلى تقييم / النزلاء على أنهم أقل اعتمادا مقارنة بالعاملين في المؤسسات الاجتماعية الذين يشجعون الاعتماد.

قيمت Thompson (1984) الثبات الداخلي للقدرة على بُعد الاهتمام الذاتي للمقياس. وأقرت أن الثبات يمكن أن يزيد مع إلغاء الفقرات المرتبطة بالتغذية، القلق والتعاون. ومعاملة الحركة كبعد منفصل. Wilkin and Jolley (1979) اختبرا ثبات المعدل الداخلي، باستخدام اثنين من القائمين على المقابلات لتقييم نفس مقدم المعلومة (الراوي)، وكانت الارتباطات أكبر من 0.90. يجب زيادة اختبار الثبات.

هناك بعض الاختلافات داخل المقياس التي لم تحل للآن، مثال: تقسيم استخدام السلالم في حالة المستجيب الذي يعيش في الدور الأرضي ولا يحتاج إلى استخدام السلم.

على الرغم من الشواهد المحدودة عن الثبات والصدق، فإن CRBRS مازال مستخدمًا في المملكة المتحدة كمقياس وظيفي للاستخدام مع الضعفاء وكبار السن المقيمين في المؤسسات الاجتماعية (Challis et al. 2000 ؛ Jagger and Lindesay 1997). وهو محدد وسهل الاستخدام بواسطة قائم على المقابلة مدرب، وشهرته في المنطقة ترجع جزئيًا إلى ميزة أنه مصمم للاستخدام مع طرف ثالث.

تقييم إجراءات الكبار لـ كلفتون (CAPE)

يعتبر CAPE أكثر القياسات المستخدمة للاعتماد في المملكة المتحدة، خاصة في مجال التقييمات النفسية للكبار. تم تطوير المقياس لاستخدام كبار السن المقيمين في المؤسسات الاجتماعية وتم اختباره للصدق بواسطة (Pattie and Gilleard 1975, 1979). ويوجد كتيب لطريقة العمل متوفر لتوضيح تفاصيل الاستخدام والبيانات الطبيعية لمجموعة سكانية من المرضى (Pattie and Gilleard 1979). ويتكون CAPE من جدولين، مصمم لقياس السلوك والأداء المعرفي، ويُسمى المقياس التقديري للسلوك ومقياس التقييم المعرفي. وقد عُرِفَ مقياس التقييم المعرفي أساسًا باسم مقياس التقييم لكفلتون، ويمكن استكماله بواسطة كبير السن في 5 - 15 دقيقة. أما المقياس التقديري للسلوك التقديري فهو نسخة قصيرة لمقياس يُسمى مقياس كبار السن التقديري لستوكتون. مصمم لاستخدام كبار السن في المستشفى. ويستغرق الاختبار بأكمله من 5 - 30 دقيقة، اعتمادًا على القدرة العقلية والوظيفية للمستجيب. وهو مصمم بأن يستكمل بواسطة طرف ثالث يعرف المستجيب جيدًا. وتدريب القائم على المقابلات ضروري. ونسخة قصيرة للمقياسين الفرعيين قد تم تطويرهما (Pattie 1981).

المحتوى

يتكون المقياس المعرفي للأداء من بطارية اختبارات تشمل فقرات مثل شخص يرسم خطًا دائريًا بالقلم، متجنبًا العوائق؛ وفقرات المعلومات / الاتجاه تشمل اختبارات الذاكرة العادية لمكان الإقامة، اسم رئيس الوزراء، تاريخ، وغيرها وأخرى غير عادية، معرفة ألوان العلم البريطاني.

يتكون مقياس التقدير السلوكي من 18 فقرة. منها 4 فقرات ترتبط بالحركة، التحكم في الإخراج، نشاط يومي. باقي الفقرات ترتبط المشوش. ويسأل المقياس عن مستوى الوظيفة الحالي. ويركز المقياس على المشاكل السلوكية لكبار السن المتخلفين عقليًا. ويرشد الفاحص لتقدير الناس حسب مستواهم الوظيفي الحالي، والأخذ في الاعتبار السلوك على مدى أسبوعين سابقين. ترتبط CAPE بـ 4 مقاييس فرعية: الإعاقة البدنية، اللامبالاة، صعوبة الاتصال والخلل الاجتماعي. مثال لتدرج مقياس التقدير السلوكي:

عند الاستحمام أو اللبس تحتاج:

صفر لا مساعدة

1 بعض المساعدة

2 مساعدة قصوى

بالنسبة للسير

صفر لا يوجد علاقة ضعف

1 السير ببطء بدون مساعدة أو استخدام عصا

2 لا يستطيع السير: أما إذا استطاع، يحتاج مساعدة مشاية: عكاز أو شخص بجانبه

إنه مضطرب (يفقد متعلقاته، إلخ.)

صفر لا يضطرب أبداً

1 يضطرب في بعض الأحوال

2 يضطرب في معظم الأحوال

نموذج النوم ليلا هو

صفر لا يستيقظ أبداً

1 يستيقظ أحياناً

2 يستيقظ كثيراً

النقاط

يضاف 18 فقرة إلى الشكل العام للنقاط الكلية، أو النقاط المختارة تضاف لإنتاج نقاط المقياس الفرعي. كل فقرة تحدها حدود بنقطتين من النقاط من صفر (لا / بعض المشاكل) إلى 2 (2 / مشاكل ثابتة). ويمكن خلق 4 مقاييس فرعية من الفقرات المرتبطة بالإعاقة البدنية، اللامبالاة صعوبات في الاتصال والخلل اجتماعي. ومحيط المقياس الكلي للنقاط من صفر إلى 36. والنقاط من صفر – 3 توضح الاستقلال، 4 - 7 توضح الاعتماد المنخفض: 8 - 12 تشير إلى الاعتماد المتوسط، 13 - 17 تشير إلى الاعتماد العالي و 18 - 36 هو الاعتماد الأقصى. لا تستخدم أوزان الفقرات.

الصدق

النسخ الأولية للمقياس أوضحت ارتباطًا مع تقييمات الأطباء بالنسبة للمستويات المناسبة للرعاية للإناث وليس للذكور. كان حجم العينة صغيراً، 38 فقط. أقر الباحثون أيضاً ارتباطا مع مقاييس أخرى مثل مقياس وشلر التذكاري، ولكن حجم العينة كان

صغيراً لعملية التأكيد . أقر (Pattie and Gilleard 1975) ارتباط CAPE العالي بالتشخيص النفسي ، وكان قادراً على التمييز بين المريض المسرح للمنزل أم لا . شواهد المقياس للصدق المتزامن والمجمع مازالت محدودة (Smith et al. 1981). McPherson et al. (1985) أقر أن النسخة المسحية القصيرة للمقاييس قادرة على التمييز بين المرضى ذوي الخلل العقلي الشديد ، المتوسط ، البسيط أو بدون خلل عقلي ، المرضى ذوي الإعاقة البدنية .

قارن Black et al. (1990) القدرة التشخيصية لـ CAPE بالنسبة للخلل العقلي ، مع التشخيص الخاص بالبرنامج الخاص بالكمبيوتر AGE - CAT وتشخيص إكلينيكي قام به طبيب نفسي . وكانت العينة من كبار السن (112 تم اختيارهم من مجموع 378 سبق اختبارهم منذ 3 سنوات لسن فوق 70 باستخدام 13 فقرة لاختبار الوظيفة العقلية . أقر المؤلفون أن حساسية CAPE كانت منخفضة لأنها تحدد غالباً الحالات الصحية . وكشف CAPE عن حوالي نصف العدد من الحالات المعلومة .

بالنسبة إلى السلوك ، أقر (Pattie and Gilleard (1979) أن CAPE يمكنه التمييز بين كبار السن المحتاجين لدرجات مختلفة من المساعدة ، مع مستويات مختلفة من الضبط الاجتماعي عقب دخول مقر الإقامة ، وبين الأفراد المصابين عقلياً منهم من كان حياً ومنهم من تُوفي .

أظهر التحليل العاملي أن هناك عاملان تركيبيان يظهران من ثلاث مجموعات لكبار السن تم اختبارهم ولا يظهر عامل تركيبي من غير المرض العصبي لكبار السن (Pattie and Gilleard 1979) اقتراح المؤلفين للمقاييس الأربعة الفرعية لتحليل بيان مقياس تقدير السلوك غير المدعمة . ونتائج التحليل العاملي CAPE بواسطة Twining and Allen (1981) لعدد 903 من الأفراد في الإقامة المنزلية لكبار السن ، فشلت أيضاً في تدعيم المقاييس الفرعية الأربعة المقترحة .

الثبات

نقل (1979) Pattie and Gilleard ارتباطًا بين الفقرات، وكانت كلها عالية، معنى هذا أن الفقرات متسقة وتقيس نفس أبعاد التبعية. تم اختبار التقدير الداخلي لثبات المقاييس الأربعة الفرعية على المرضى النفسيين والأمراض النفسية لكبار السن والناس في بيوت المسنين الخاصة بكبار السن. وكانت الارتباطات 0.70 أو أعلى ما عدا الارتباط مع "صعوبة الاتصالات" التي كانت منخفضة. أظهرت اختبارات التقدير الداخلي للثبات لمجموع المقياس تنوعًا عريضًا. وفي دراسة (Smith et al. 1981) على 38 مريضًا بإعاقة عقلية من كبار السن، فقد نقلوا معامل التقدير الداخلي للثبات 0.58 بين أخذين من كبار السن.

تتراوح معاملات الاختبار وإعادة الاختبار للثبات بين 0.56 إلى 0.90 والإعادة خلال 2 - 3 أيام لعدد 38 من المرضى عمر 65 وأكثر، وفي إعادة الاختبار على 2 - 3 أشهر. وكان ثبات الاختبار وإعادة الاختبار لمدة 6 أشهر، اعتمادًا على دخول 39 من كبار السن بيوت المسنين حديثًا، بين 0.85 إلى 0.84 (Pattie and Gilleard 1979).

على الرغم من أن CAPE قد مرّ باختبارات أكثر من مقياس تقدير السلوك لرويال كرشتون، لا تزال الشواهد التي تدعم خصائصه النفسية محدودة. والمقياس، بالمقارنة بغيره من المقاييس المستخدمة في المملكة المتحدة، قد روجعت بواسطة (Wilkin and Thompson 1989). لقد لفتوا الأنظار إلى غموض كلمات المقياس. مثال، كلمات "بعض الوقت" و "عادة" لم تعرف. وبالتالي يمكن تقييمها بطرق مختلفة بواسطة المقدرين المختلفين. كما تمت مراجعة CAPE بواسطة (1985) Mulgrave الذي نقل أن أبرز مميزات CAPE هي قصرها وأنها سهلة الاستعمال.

4

قياس الحالة الصحية الأوسع

تركز القياسات الواسعة للحالة الصحية على التوقع الذاتي لصحتهم. ويمكن تعريف الصحة الذاتية على أنها خبرة فردية للأحداث العقلية، البدنية، والاجتماعية حيث إنها تصطدم بالشعور بالرفاهة (Hunt 1988). كثير من الدراسات في علم الاجتماع الطبي أوضحت الأهمية للمكون المرضي المدرك في تحديد هل يشعر الناس بالمرض أم يبحثون عن المساعدة.

إن مقاييس الحالة الصحية الواسعة أكثر ثباتًا، وبها ثبات وصدق أفضل من الأسئلة وحيدة الفقرات وهي الأجهزة المفضلة للاستخدام. من جانب آخر، فإن بعض الفقرات الفردية، على الرغم من عدم الثبات، تستخدم بصفة عامة: المسح متعدد المواضيع للسكان. والقياس المشهور وحيد الفقرة يتكون من أسئلة بسيطة للمستجيبين لتقدير صحتهم "ممتاز،جيد، حسن أو ضعيف". ولكي تزداد القدرة على السؤال للتمييز بين المجموعات، يُدخل الباحثون درجة "جيد جداً" بين "ممتاز" و "جيد" (مع الأخذ في الاعتبار أن معظم المستجيبين يتأثرون بانحياز رغبة المجتمع ويقدرون صحتهم على أنها في آخر نهاية "جيد" في المقياس) (Ware 1984 ؛ Ware et al. 1993).

وتقليديًا في علم الشيخوخة هو سؤال المستجيب لتقدير صحته بالنسبة لسنة (Cartwright and Anderson 1981 ؛ Bowling and Castwright 1982 ؛ Bowling et al. 2002) . وهذا يمنع المستجيبين كبار السن من تقديم صحتهم بالمقارنة مع مجموعات السن الأصغر كما في حالتهم. هذا القياس وحيد الفقرة للإدراك الذاتي للحالة الصحية تم نقله منذ زمن بأنه دال ومرتبط بطريق مستقل بالخدمات الصحية المستخدمة، التغير في الحالة الوظيفية، الموت وتقدير الاستشفاء من حلقات سوء الصحة (National Heart and Lung Institute 1976 ؛ Singer et al. 1976 ؛ Kaplan and Camacho 1983 ؛ Goldstein et al. 1984 ؛ Idler and Kasl 1995 ؛ Greiner et al. 1999 ؛ Siegel et al. 2003) .

ومستجيبو المسح الصحي الوطني الأسترالي 1995 قد سئلوا لتقدير صحتهم بصفة عامة "ممتاز، جيد جداً، جيد، حسن، ضعيف". وهناك عينة فرعية للمستجيبين سُئلت السؤال مرتين، قبل وبعد أسئلة أخرى عن صحتهم. حلل Grossley and Kennedy (2000) ثبات السؤال ووجد أن 29 في المائة من المستجيبين يغيرون تقديرهم الذاتي عن الصحة عند تكرار السؤال، فهذا يعكس أيضًا التأثير الانحيازي لترتيب الأسئلة. لكن عندما ارتبط التقييم الذاتي للحالة الصحية، في الاتجاه الصحيح، بالعمر والدخل، ارتبطت أيضًا الاستبانة غير الثابتة بالعمر، الدخل والوظيفة.

قد يكون هذا القياس قريني ويختلف حسب الزمن مع توقعات الناس. بالتالي فإن التقييم الذاتي للصحة مُنْتَقَدٌ ذاتيًا، على الرغم من أن ذاتيته هي قوته لأنها تعكس تقييم الشخص للصحة. ويحتاج ناتج التقييم أن يشمل التقييمات المعتمدة على المريض وكذلك المؤشرات الإكلينيكية. يجب التبصير، بأن الناس ذوي الصحة العقلية الضعيفة (مثال الاكتئاب)، هم أكثر الناس ميلاً لتقييم حالتهم الصحية، القدرة الوظيفية والضمان الاجتماعي بأنها منخفضة. وفي بعض الأحوال تشوّه الصحة العقلية

الضعيفة الإدراك الصحي والرفاهة، ويمكن أن تؤدي الصحة البدنية الضعيفة، إلى ضعف الصحة العقلية والرفاهة (شاملة خفض العلاقة الاجتماعية).

باعتبار أن هذه الذاتية هي انتقاد رئيس لمستوى هذا النوع من المؤشر، فهي تستحق بعض المناقشة. مؤشرات الصحة تم تطويرها داخل المجال العلمي مبنيًا على نموذج منطقي إيجابي. هذا يؤدي بلا جدال إلى الشك عندما تعرض البيانات المبنية على الخبرة الذاتية. تكون هكذا على الرغم من سؤال البحث عن ثبات البيان "الموضوعي". معدل الاتفاق للتشخيص الإكلينيكي والمرضي موضحٌ في دراسات كلاسيكية على أنه في حدود أقل من 45.3% (Heasman and Lipworth 1966)؛ بعض الدراسات المبكرة نقلت الطبيعة التحكمية للقيم العادية في الكيمياء الحيوية؛ (Grasbeckand Saris 1969 ؛ Bradwell et al. 1974)، ومشكلة إقامة خط قاسم بين المرضى والصحة بالنسبة لمرضى السكر، ضغط الدم والجلوكوما (العتامه) (Cochrane and Holland 1971).

هناك دراسات تنقل تناقضًا بين المرضى والأطباء في مجال تفضيل العلاج (Schneiderman et al. 1993 ؛ Liddle et al. 1993 ؛ McNeil et al 1978) وبين درجاتهم عن ناتج المريض بعد العلاج في دراسة سويدية على مرضى العيادات الخارجية وجدوا أن هناك 50% موافقة فقط بين الأطباء والمرضى على إمكانية نجاح العلاج (Orth-Gomer et al. 1979). نتائج مشابهة تم الحصول عليها في مجال آلام أسفل الظهر وناتج الجراحة، علاج ضغط الدم، نتائج جراحة قرح المعدة، تأثير علاج السرطان، وغيرها (Hall et al. 1976 ؛ Orth-Gomer et al. 1979 ؛ Thomes and Lyttle 1980 ؛ Jachuck et al. 1982 ؛ Slevin et al. 1988). هذا لأن الأطباء والمرضى يستخدمون محكات مختلفة في تقييمهم. Moinpour et al. (2000) نقل أيضًا توافقًا ضعيفًا بين مرضى السرطان وتقييم عائلاتهم لنوعية حياة المريض واستنتج Moinpour

أن تفويض الأسرة على التعليق عن الحالة الصحية ضعيف في التعرف على وجهة نظر المرضى عن نوعية الحياة. ويجب أن تكون قياسات التفويض آخر وسيلة للبحث. بينما يمكن أن يكون التقدير الذاتي للناس معرضًا للتفاؤل؛ الرغبة الاجتماعية وغيرها من الانحيازات (Brissette et al. 2003)، لذا فإن التقدير بالتفويض قد يحمل انحيازاتهم.

أشكال قياسية أخرى، تستخدم عادة في دراسة الحالة الصحية هي قائمة للأعراض. هذه لها تحديداتها أيضًا ولكنها تعتبر بصفة عامة مفيدة كوسائل إذا استخدمت مع آلية قياسات المقاييس. هناك أمثلة عديدة لقوائم الأعراض المرضية مقدمة للمستجيبين في المسح. والمستجيبون يُسألون لتحديد أيٍ يتألمون منه، إذا ما وجد. والأعراض العامة المدونة في قائمة يمكن إيجادها في (George and Bearon 1980؛ Cartwright's classiv national surveys؛ Cartwright and Anderson 1981؛ Dunnell and Cartwright 1972) وفي استبيانات دراسة رائد للتأمين الصحي (Stewart et al. 1978) (Bowling and Cartwight 1982) استبياناات نوعية الحياة بالأمراض يحتوي عادة على قائمة من الأعراض مناسبة للأحوال تحت الدراسة (انظر Measuring Desase, Bowling 2001). ولكن الأسئلة التي تسأل عن الأعراض تؤدي إلى حدوث نسبة عالية من الاستجابات إيجابية، مع الأخذ في الاعتبار وجود عدد كبير من الأمراض البسيطة في السكان، (Dunnell and Cartwright 1972). والفقرات التي تركز على المشاكل التافهة لا يبدو أن لها قدرة تمييز في مجال التغيير بين المجموعات عبر الزمن. وقد تشمل فقط إجابات خاطئة، بل أخطاء تشخيصية (كثير من الناس لا يكشف عن أعراضهم المرضية للأطباء من أجل البحث كما أن الأطباء لا يسألون دائمًا المرضى عن أمراضهم باستفاضة (Bond et al. 2003). والتقارير عن الأمراض والنماذج الاستشارية؛ تعتمد على مستوى تحمل أعراض المرض وعلى مشارف الألم، التصرف مع المرض والرعاية الذاتية؛ التوقعات ومتطلبات الآخرين (الأسرة، صاحب

العمل: الأصدقاء) المعلومات والتفاهم للأعراض المعلومة وغيرها من العوامل الاجتماعية والثقافية.

عند الاحتياج إلى قياس ذاتي للحالة الصحية، عندما تكون قياسات الفقرة الواحدة محدودة، يصبح الموضوع المتبقي ما هو القياس الذي يمكن اختباره. كما على الباحث تقرير ما هو المطلوب قياس عام و/أم محدد، اعتماداً على طبيعة الدراسة. هناك نقطة صغيرة في شمول قياس الصحة: إذا كان من غير المناسب التعرف على التأثيرات للعلاج أو الأعراض الخاصة للحالة. هناك بعض المقاييس الخاصة ببعض الأمراض، وعلى الرغم من استخدام بروفيل الصحة لنوتنجهام والنموذج القصير 36 اللذين تم استخدامهما كمقياس عام للحالة الصحية وهما ناجحان بشكل واضح في التمييز بين أنواع المرضى.

تمت مناقشة الحالة المطلوب قياسها للحالة الصحية في المسوح السكانية بوضوح بواسطة Kaplan (1988). وعلى سبيل المثال، قد تبدو المعلومات التفصيلية كثيرة عن فئات أمراض معينة لكثير من المستجيبين الذين لا يشكون منها. كما أن استخدام قياسات متخصصة للأمراض تمنع إمكانية مقارنة ناتج الخدمات الموجهة لمجموعات مختلفة تعاني من الأمراض المختلفة. سياسة التحليل تحتاج قياس عام للحالة الصحية. توجد قياسات أعرض للوظائف من الناحية البدنية، الاجتماعية والنفسية. ولكن استخدامها في المملكة المتحدة محدود. إذا كان ضرورياً، كما في حالة دراسة مجموعة مرض معين، فيمكن إضافة قياس دولي بأسئلة خاصة للمرض.

تشرح الأقسام التالية أشهر وأحسن القياسات لاختبار الحالة للصحة الأشمل المتواجدة حاليا.

بروفيل تأثير المرض SIP

أحد أحسن الأجهزة المطورة في الولايات المتحدة الأمريكية هو بروفيل تأثير المرض (SIP) (Bergner 1988, 1993 ؛ Deyo et al. 1982, 1983) . وقد طور SIP كمقياس للتعرف على الحالة الصحية ، للاستخدام كنائج لتقييم الرعاية الصحية عبر مجال واسع من المشاكل الصحية والمرض ، بين المجموعات الديموغرافية والثقافية . يقاس المرض وعلاقته بالتأثير على السلوك . يوضح البروفيل ارتباط المرض بالاختلال الوظيفي بدلا من المرض . وهو حساس للاختلافات بين الحالة الصحية في شكل الأمراض البسيطة (Gilson et al. 1979 ، Bergner et al. 1981 ، 1976 b ؛ 1976 a) .

يركز SIP على تقييم تأثير المرض على النشاط اليومي والسلوك ، بدلا من الشعور والتقارير الإكلينيكية . والحكم كان لأن الشعور صعب القياس وذاتي وبالتالي صعب تصديقه ، والتقارير الطبية يمكن أن تعطى فقط عند احتياج الفرد لعناية طبية . شعر المؤلفون أن التقارير السلوكية معرضة بشكل أقل للتحيز من التقارير المعتمدة على الرغم أن التقارير السلوكية يمكن أن تتأثر بتحيز الرؤية والشعور . وتحقق المؤلفون من أن SIP لا يقيس الوظيفة الإيجابية . رقد طور SIP على أساس الأبحاث المنشورة وبعد استخراج البيانات من خبراء الصحة ، والأفراد العاديين المرضى والأصحاء الذين وصفوا "الأمراض المرتبطة بالاختلال الوظيفي للسلوك" (Bergner et al. 1981) .

مجموعات السكان والمرضى المشتركة في تطوره تنوّعت بشكل واسع النطاق المرضى من داخل وخارج المستشفى وداخل المنازل للرعاية ويعانون من أمراض مزمنة ، ومرضى العناية المركزة ، ومرضى نقل عظمة الفخذ ، وكذلك مرضى الالتهاب المفصلي . وقد يؤدى ذاتيا أو على يد قائم بالمقابلة . ويستغرق أداؤه من 20 - 30 دقيقة . وأدرك Deyo et al. (1983) أن المشكلة تكمن في طول البروفيل واقترح أن المحاولات لتقصيره قد يزيد قبول المرضى . عينة فرعية للمشاركين في الدراسة قد سئلوا عن رأيهم

عن SIP : وفي أثناء القول بأنه مقبول ، اشتكى البعض من طوله ومن حقيقة أنه ليس متخصصاً مرضياً . يقترح المؤلفون أن (مثال يتكون المقياس الفرعي للوظيفة البدنية من 45 فقرة فقط من 136 فقرة) . وفي دراسة تطلب من القائمين على المقابلات وضع تقديرات لسهولة الاستخدام SIP قام بها Read et al. (1987) كانت الإجابة مطولة ومتعبة ، نظراً إلى التكرارات الموجودة . كما قرروا أن SIP يشمل التزاماً رئيسيًا بمدة تدريب (حوالي أسبوع على الأقل) وأكثر نتائج البحث تفاؤلا جاءت من (Hall et al. 1987) . وقد استخدم SIP في دراسة عامة عن ناتج المرضى ، اعتماداً على عيادة عامة في سيدني ، بأستراليا بواسطة Hall et al. (1987) . استخدمت SIP مع استبيان الصحة العامة وبطارية التأمين الصحي لراند واستكمل المرضى 160 استبياناً ، فقط 3% لم يستكمل كل الأسئلة عبر المقاييس الثلاثة .

كان هناك استخدامات كثيرة لـ SIP بواسطة عدد عريض من مجموعات المرضى ، في الولايات المتحدة الأمريكية على الأخص والمملكة المتحدة أيضا : وغيرها . استخدم في المملكة المتحدة (Fletcher et al. 1988) على مجموعة ضابطة لناتج علاج دواء لمرضى الذبحة الصدرية . واستخدم SIP بكثرة في تقييمات أمريكا لمرضى زرع القلب ، كما وصف Wenger et al. (1984) استخدامات كثيرة SIP . والميزة أن هذه الاستخدامات الكثيرة أنها تقدم تسجيلات لمجموعات كبيرة من السكان للمقارنة . وكان طول SIP أحد المعوقات (136 فقرة) للاستخدام ، وكانت هناك محاولات لتقصيره . وقد بنى De Bruin et al. (1993) نسخة من 68 فقرة باستخدام تقنيات متنوعة ، مدعياً أن خصائصها النفسية مشابهة للنسخة الطويلة 136 فقرة ويتطلب الأمر المزيد من الاختبار .

المحتوى

يشمل Sip 136 سؤالا، ليس عند الوظائف فقط، بل عند الشعور بالرفاهة والوظيفة الاجتماعية. يحوي هذا 136 فقرة ترجع إلى الارتباط بالمرضى في 12 منطقة، العمل، الاستشفاء، الشعور، المؤثرات، الحياة المنزلية، النوم، الراحة، الأكل، التجول، الحركة، الاتصال والعلاقات الاجتماعية. هناك مجموعة من الأسئلة من SIP تطلب من المستجيب أن يحدد البيانات، التي تخصص لهم في يوم محدد وترتبط بحالتهم الصحية:

لقد قضيت معظم اليوم في السرير للراحة.

لقد جلست معظم اليوم.

أنا نائم أو ناعس معظم اليوم والليل.

أقف فقط بمساعدة شخص آخر.

أركع: انحني، أسجد فقط وأنا متكئ على شيء.

أنا محدد الوضع معظم الوقت.

أعمل حول المنزل لفترة قصيرة أو أستريح كثيراً.

أقوم بأعمال يومية أقل حول المنزل عما كنت أقوم به عادة.

لا أعمل أي عمل في تنظيف المنزل كنت أقوم به عادة.

أخرج لزيارة الناس أقل من ذي قبل.

لا أخرج نهائيا لزيارة أحد.

أقوم بأنشطة اجتماعية أقل مع مجموعات من الناس.

(The Johns Hopkins University 1977)

الأسئلة التي يجيب عليها المستجيب "بنعم" تسجل، ولا يعرف في التحليل هل البيانات الخالية من العلامات تمثل كلمة "لا" أو أن المستجيب / القائم بالمقابلة قد حذفها قاصدا أو عن طريق الخطأ.

التسجيل (النقاط)

الاستجابة للفقرات 136 يمكن تسجيلها بالمكونات، بالأبعاد البدنية أو النفسية الاجتماعية أو بالتسجيل الفردي من صفر - 100. كلما قل التسجيل زادت حالة المستجيب الصحية. وإجمالي النقاط للـ SIP تحسب بإضافة قيم المقياس لكل فقرة يتم فحصها لكل المستويات وقسمتها على نقاط أقصى اختلال وظيفي ممكن للـ SIP والناتج يضرب في 100 للحصول على نقاط SIP الكلي. وفي حالة الحالة البدنية والسيكولوجية تحسبان باستخدام نفس الوصفة ولكن مع قصر الحسابات على الفقرات المناسبة فقط.

أوزان الفقرات هي التي تحدد شدة المحدودات النسبية لكل بيان مسجل. وكل الأوزان كانت مشتقة من مقياس فتري متساوٍ ذي إجراءات تشمل أكثر من 100 حكَم. ويقيم الحكام كل فقرة مقياسًا فتريًا متساويا ذا إحدى عشرة نقطة يبدأ من "سوء وظيفة صغرى" إلى "سوء وظيفة شديدة". وتقنية المقياس تم تحكيمها ووصفها بواسطة Carter et al. (1976). ولكن Jenkinson et al. (1991) جادل في أن مقياس ثورستون غير ناجح حيث إن توزيع SIP كانت مشابهة سواء كانت فقرات المقياس قد تم وزنها أو إضافتها إلى بعضها فقط.

والدراسة التي قام بها Hall et al. (1987) في سيدني أقرت أن النتائج تميل نحو الطرف الصحيح SIP للمقياس. 18% من المرضى سجلوا صفرا على كل المكونات. لم يكن هناك تسجيلات فوق 25 (معدل التسجيل صفر - 100). هذا النمط تم تكراره بين المكونات. على الرغم من الدراسات الكثيرة المستخدمة SIP قد أمدت المجتمع بأرقام

للمقارنة، لكن من غير الواضح ما يمثله كل تسجيل . كثير من المقاييس تعاني نفس المشكلة . ومن المعروف أي مجتمع عادي قد يسجل 2 أو 3 على SIP ويزيد حتى يصل إلى منتصف الثلاثين لمرضى السرطان ومرضى السكتة الدماغية، ولكن التعريف المحدد لنقاط المقياس لم يتم التعرف عليها حتى الآن.

الصدق

اختبار الدراسات الأولية للصدق SIP ضد التقييم الذاتي للحالة الصحية، تقييم الأطباء للحالة الصحية وتقييم الأجهزة الوظيفي. تم تقييم 278 شخصاً . ونقاط الـ SIP فرقت بين 4 مجموعات فرعية مقسومة حسب شدة المرض، والارتباطات بين القياسات كانت أفضل للتقييم الذاتي للمرضى عن تقييم الأطباء (0.69 تقييم ذاتي محدود 0.63 تقييم ذاتي للمرض، 0.50 تقييم الأطباء المحدود و 0.40 تقييم الأطباء للمرضى) . ونقاط SIP المجمعة تم اختبارها مع مقياس .Katz ADI مع ارتباط 0.64، والارتباط بين SIP وجهاز المسح للمقابلات للصحة القومية كان 0.55 (Bergner et al. 1981).

تم تقييم الصدق المجمع والتمييزي باستخدام تقنية متعددة الطرق متعددة الخاصية . كما تم تقييم الصدق الإكلينيكي بمقارنة الأحكام الطبية مع نقاط SIP . وكلها توصلت إلى نتائج جيدة، وقد تم وصفها بشيء من التفصيل بواسطة Bergner et al.) (1981 . أشارت شواهد حديثة إلى خصائصها القوة للصدق التي قدمت بواسطة Read et al. (1987). لكن الارتباط بين نقاط SIP والحالة الطبية كانت تتراوح بين 0.60 - 0.40، غالباً نظراً إلى طبيعة SIP الشمولية . هذه قد لا تكون ارتباطاً كافياً لنجاح استخدام المقياس في دراسات ناتج التدخلات الطبية للعناية بالصحة (Andersson et al. 1993).

الدراسة الأسترالية التي قام بها Hall et al. (1987) نقلت أن استخدام عتبة الارتباط 0.30 ارتبطت SIP بأجهزة Rand . مؤشر Rand للصحة العقلية ارتبط مع فقرات SIP ذات العلاقة للتفاعل الاجتماعي، السلوك العاطفي والانتباه، وتنقل

من SIP يرتبط مع مقياس القدرة البدنية لراند. إدارة المنزل وفقرات العلاقة الاجتماعية من SIP ارتبطت مع الفقرات الوظيفية على بطارية راند. لكن تراوحت الارتباطات ما بين 0.32 إلى 0.54. أما الأبحاث الأخرى فقد أقرت أن هناك ارتباطات متوسطة (0.60 - 0.40) بين SIP ومقياس القلق والاكتئاب، مما يعكس التركيز السلوكي لـ SIP (Linzer et al. 1991).

لكن بروفيل تأثير المرض قد استخدم بنجاح في المحاولات الإكلينيكية (Bergner et al. 1976 a, 1976 b, 1981). وهو ذو قيمة لتقييم تأثير المرض المزمن. واستخدم في محاولات عشوائية للتدريب المبكر وإرشاد المرضى بالذبحة القلبية. نقلت هذه الدراسة أن SIP أظهر أن المجموعة القائمة بالتدريب بجانب الإرشاد كانت وظائفها أحسن (Ott et al. 1983). كما استخدم لتقييم العلاج للمرضى بالكلى في نهاية مراحلها، مع نتيجة أن المرضى الذين أجريت لهم عمليات زرع كانت نتائج الـ SIP أفضل (Hart and Evans 1987). وفي دراسة عرضية وطولية المقطع على 99 سيدة يعانين بالالتهاب المفصلي الروماتيزمي، نقل عن الـ SIP أنه كان حساسًا للتغير في السنة قبل وبعد العلاج، مُظهرًا تحسنًا وتدهورًا معًا (Sulli Van et al. 1990). وفي (Grady et al. 2003) أظهرت الدراسة أنه قادر على التمييز بين المجموعات المختلفة لمرضى القلب بعد 3 شهور من الجراحة.

وهناك نتائج سلبية أخرى ترتبط بالحساسية تم نقلها بواسطة (Hall et al. 1987) وقامت هذه الدراسة باختبار بطاريات دراسة التأمين الصحي لراند ضد SIP. وهما يقيسان صور الصحة المختلفة. كان معدل قياس راند أقل انحرافًا عن SIP. والمشكلة مع الجهاز، الذي يسجل نقاطا عالية، أنه لا يستطيع قياس تحسن الصحة. وعليه، فإن قياس راند له قدرات تمييزية أكثر من SIP. ودراسة تتبعية لمرضى السكتة الدماغية عددهم 185 بواسطة (Schuling et al. 1993) أوضحت أن SIP "يستهلك الوقت ومُتعب" مع

هؤلاء المرضى، وكان غير حساس لتحسن الحالة بعد 8 أسابيع مقارنة بمؤشر بارثل الذي حدد التحسن. Katz et al. (1992) وجد أيضاً أن SIP أقل حساسية للتغير الإكلينيكي بين المرضى الذين تم عمل نقل لعظمة الفخذ لديهم مقارنة بالقياسات القصيرة: منها SF - 36 والنسخة القصيرة من مقاييس قياس تأثير الالتهاب المفصلي. وفي دراسات استخدمت SIP بواسطة (Bruin et al. 1992) نقلت أن SIP غير حساس للتغيرات الصغيرة والتحسنات واستجابة SIP للتغير لم تكن مرضية حتى الآن.

تقييم Nanda et al. (2003) للخصائص السيكولوجية للنسخة القصيرة من SIP (68 فقرة) (SIP 68)، مقارنة بالطويلة، على عينة من الناس المعاقين. قد نقلوا أن الارتباطات بين SIP و SIP 68 (القصيرة) كانت 0.94 وكانت متوسطة بين SIP 68 و SF 36 والتحليل العاملي SIP 68 أنتج معاملا تركيبيا شمل 65 من الفقرات، وبالنسبة للعامل التركيبي SIP الكامل فقد أورد (de Bruin et al. 1992) أن أسئلة عن SIP لصدق البناء كنتائج للتحليل العاملي كانت متناقضة.

الثبات

بدأ العمل في SIP عام 1972، استمرت اختبارات الصدق والثبات على يد المؤلفين لمدة عشر سنوات. اشتملت على دراسات المرضى بما في ذلك انخفاض عمل الغدة الدرقية، الالتهاب المفصلي الروماتيزمي وكذلك نقل عظمة الفخذ. ونقلت تفاصيل اختبارات الثبات على SIP بواسطة Bergner et al (1981). كان اختبار الثبات المبكر على SIP مختلف الأطوال قبل تطوير 136 فقرة قد نقلت بواسطة (Pollard et al. 1976, 1978).

اختبار - إعادة اختبار الثبات كان مرتفعاً (0.88 - 0.92) وكذلك الاتساق الداخلي كان مرتفعاً (0.81 - 0.97). تسجل نقاط النُسخ التي قام بها القائمون بالمقابلات كان أحسن في كل حالة عن النسخة ذاتية التكملة أو المرسلة بريدياً. طبق SIP Deyo et al. (1983) على 79 مريضاً بالالتهاب المفصلي ووجد أن ثبات الاختبار -

إعادة الاختبار لعدد 23 مريضًا كان 0.91 وقد وجد أن ثباته أفضل من المقاييس التقليدية للوظائف للجمعية الأمريكية للروماتيزم وكذلك التقدير الذاتي للمرضى للوظائف. الاختبار – إعادة الاختبار للثبات كان أفضل لمجموعة النقاط عن كل بعد على حدة. نتائج الدراسات للثبات الـ SIP في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية وضحت مستوى عاليًا مشابهًا للاتساق الداخلي (0.91 - 0.95)، وأن الارتباط الخاص بالاختبار - إعادة الاختبار (0.75 - 0.85) وبين الثبات بين التقديرات (0.87 - 0.92) (de Bruin et al. 1992). وفي دراسة Nanda et al. (2003) عن الناس المعاقين وُجد ارتباط إعادة الاختبار أعلى من 0.75 لكل الأبعاد ما عدا الإعاقة البدنية (0.61).

التكيفات

على الرغم من أن حكم المؤلفين الأمريكيين على قبول المرضى للـ SIP كان جيدًا، فقد رُفض استخدامه للتقييم لبعض البرامج العلاجية في المملكة المتحدة على أساس طوله، وأفضلية انتقاء بروفيل الصحة لنوتنجهام الأكثر إيجازًا(Buxton 1983, O'Brien 1988).

والنسخة المتطورة للـ SIP تم تطويرها في مستشفى سانت توماس، لندن، لمسح مجتمعي للمعاقين. وتسمى النسخة المطورة بروفيل محدودية الوظائف (FLP) (Patrick 1982, Charlton et al. 1983). هناك تغيرات لغوية تمت، كما تم إعادة حساب أوزان المقاييس على الرغم من توافقها مع الأوزان الأصلية للنسخة الأمريكية. وانتقد (Hunt et al. 1986) الترجمة على أساس أن تغيير اللغة فقط لا يفي باحتياجات التكيف الثقافي المتبادل. كانت التغيرات قليلة ومازال FLP يحوي 136 فقرة، وهو صمم ليكون استخدامه في المقابلات وله نفس نطاق النقاط التي تتراوح ما بين صفر (منخفض)، 100 (عال). ونقل المؤلفون بعد ذلك أن فقرات FLP، SIP اجتمعت

بشكل مرض في خمسة قياسات شمولية : بدنية ؛ نفس اجتماعية ، الغذاء ، الاتصال والعمل . وقد وجدوا الفقرات ترتبط بالعمر وعدد الحالات الطبية ولكنها فقيرة من حيث الخدمات المستخدمة (Charlton et al. 1983) . وفي تطبيق آخر بالمملكة المتحدة على FLP كانت دراسة على 92 مريضاً بالانسداد الرئوي المزمن بواسطة وليمز وبيري (Williams and Bury 1989) وقد نقلا ارتباطات ضعيفة إلى جيدة بين FLP للبدني والبيان الإكلينيكي (0.38 - 0.90) . استخدم (Fitzpatrick et al. 1988) FLP في دراستهم على 105 من المرضى بالالتهاب المفصلي الروماتويدي والتقييم 15 شهراً . استخدموا كلا من FLP و HAQ ولكنهم نقلوا مستوى متواضعاً من الحساسية والتخصصية فيما يخص البيانات على التغير الإكلينيكي لكل واحد . على الرغم من إفادة المؤلفين أن FLP أعطى معلومات أكثر دقة عن HAQ القصير ، ولكنهم حذروا من ضرورة إعادة الوزن في مقابل الافتراضات القياسية الأبسط وأن HAQ يحتاج إلى وقت أقصر في الاستخدم . واستنتج McColl et al. (1995) أن FLP يتضمن مستوى عالياً من الفقرات التي بدون استجابة وله تأثير أقصى . والاستنتاج بشأن FLP أنه يحتاج اختيارات أخرى للثبات والصدق قبل أن يعتبر في المملكة المتحدة البديل للـ SIP . قام بعض الباحثين بتعديل SIP للظروف الإكلينية الخاصة . واستخدموا مجموعة من الفقرات . فاستخدم ADA et al. (2003) 30 فقرة من SIP في دراستهم لناتج برامج إعادة التأهيل للسكتة الدماغية ، ولكن هناك تقارير بأنهم لم يحققوا تحسينات بالنسبة لسرعة السير للمرضى أو لقدراتهم . استخدم Vetter et al. (1989) تكيفاتهم الخاصة للـ SIP مع مؤشر بارثل لتحقيق ناتج إعادة التأهيل بين عينة استطلاعية من 59 من كبار السن يتلقون عناية المستشفى اليومية أو في المنزل بويلز . وقد غير المؤلفون طريقة الـ SIP . وقرروا أن المستجيبين وحدوا الملف "I" "أنا" مربك (مثال ، "أنا ألبس نفسي ولكن ببطء شديد") . حيث السبب هو طلب معرفة من هو "I" ويقصد بها أنا . وقد تغيرت

العبارات إلى أسئلة (مثال: "هل تستطيع أن تلبس نفسك، ولكن ببطء شديد؟"). كما وجدوا مشكلة أخرى مع SIP أن بعض الأسئلة لا تنطبق على كل المرضى. لذا، فإن السؤال "هل أنت غير قادر على الصعود والنزول من التل؟" وكان في البروفيل الأصلي الرد "نعم" أم "لا"، وبالتالي فقد أضاف الباحثون فئة "غير منطبق" وذلك لمنع الارتباك، مثال لهؤلاء الذين في السرير / على كرسي متحرك. وجد مقياس الأبعاد البدنية للـ SIP مقبولا من ناحية الصدق وقد قُيِّم بأنه قياس مناسب للناتج (لم يتم اختبار الأبعاد الأخرى بعد)، على الرغم أن الارتباط غير منقول. وقد وجد SIP ثابت المقياس عند تكراره بعد ثمانية أسابيع بعدها على المرضى (لم يكن من المتوقع أن يحدث لهم تغيير بالنسبة للحالة البدنية).

مميزات SIP وتكيفاته هي بأنه استخدم ذاتيًا أو مبني على المقابلات، ويستخدم للمرضى بالأمراض الحادة أو المزمنة، ويكيف للاستخدام في المملكة المتحدة باسم البروفيل محدودية الوظائف، وهو مختبر جيداً للصدق والثبات. وفي دراستهم عن قياسات الحالة الصحية أورد McDowell and Newell (1996) عن مدى الكفاية والعناية التي طور بهما SIP، واستخدامه كمعيار ذهبي على أساسه تُقَيم الأخرى. ويحدُّه طوله واستخدامه فقط مع الناس المرضى أو من يرون أنفسهم كذلك، ولم تعرف بعد استجابته للتغير أو تركيبه العاملي. والنسخ الدولية للـ SIP روجعت بواسطة Anderson et al. (1993).

بروفيل الصحة لنوتنجهام (NHP)

وقد تطور هذا البروفيل في المملكة المتحدة وأسس على الحالة الصحية من خلال رؤية الأشخاص العاديين. والمفهوم الأساسي للـ NHP أنه يجب أن يعكس تعريفات غير المتخصصين بدلا من التعريفات الاحترافية للصحة. وقد طور بعد مقابلات مع عدد كبير من الناس غير المتخصصين عن تأثير المرض على السلوك، وقد أورد .Hunt et al

(1986) أن المقابلات الاستطلاعية لتطوير NHP قد أوضحت أن الناس غير المتخصصين لديهم حدود لغوية في وصف الصحة الجيدة والرفاهة، مما ينتج مؤشر صحة صعباً. وليس NHP مؤشراً للمرض، سوء الصحة أو الإعاقة، بل يشير إلى شعور الناس عندما يعايشون حالات المرضى المختلفة. كوسيلة مسحية فهو يفيد في تقييم هل لدى الناس مشاكل صحية شديدة، على الرغم من الاحتياج لبيان تشخيص لتحديد نوع المشكلة الصحية. القياس لم يكن بقصد بواسطة مطوريه أن يقيسوا نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وليس للتعرف على الحالة الصحية للأعراض المرضية وشدتها (Hunt 1984). وهو قصير جداً على أن يُعَرِّف الحالة التقييمية لتأثير الحالة على نوعية الحياة. لذا، ظهرت الحاجة لمجموعة من القياسات المطلوبة: مقياس إعاقة وظيفي، مؤشر للأعراض والألم، مقياس للاضطراب النفسي، طرق كمية ونوعية أكثر للتأثير على الوظائف الاجتماعية، (مثال: العمل، العلاقات الإنسانية المتداخلة، الدعم الاجتماعي، الحياة المنزلية، إلخ)، NHP يمكنه تقديم بروفيل ضعيف فقط للتأثيرات على هذه الظواهر أدى العمل الاستكشافي مع NHP إلى التعرّف على المفاهيم ذات الصلة. تم سحب العبارات التي تمثل هذه المفاهيم، وبعد أعمال استكشافية أخرى، تم تقسيم العبارات إلى ست مناطق: الحركة البدنية، الألم، النوم، الطاقة، تفاعلات عاطفية والعزل الاجتماعي. وبروفيل الصحة لنوتنجهام صمم للاستعمال الذاتي، وهو وجيز وسهل وأول قياس للصحة المميزة، وقد اختُبِرَ جيداً وطور للاستخدام في أوروبا. أقر Hunt et al. (1986) أن، عند وضع NHP في مسح بريدي لم يرسله الناس مرة أخرى عندما كان لديهم عدد كبير من نقاط صفر (لا مشاكل). لم يكن لدى الناس شيء للمشاركة به في الدراسة، الدراسة الاستطلاعية تمت بفقرات إيجابية مثال: "أنام جيداً ليلا، أنا عادة خالٍ من الألم".

NHP قصير، وبسيط ويمكن استخدامه مع مجموعات من المرضى أو السكان. على الرغم من مناسبته للناس غير المرضى أو سيئي الصحة، وكغيره فهو يركز على

السلبي أكثر من الخبرات الإيجابية. توجد قاعدة سكانية للجهاز، كما تفعل النقاط على مجموعات المرضى الفردية (Hunt et al. 1984 b).

المحتوى

يقيس الجزء 1 الحالة الصحية الذاتية بالسؤال عن نعم أم لا من الإجابات لعدد 38 عبارة بسيطة لستة أبعاد: الحركة، الألم، الطاقة، النوم، التفاعل العاطفي والانعزال الاجتماعي. كل بعد لديه مدى من النقاط الإيجابية من صفر - 100.

يسأل الجزء 2 عن أي تأثير للصحة على سبع مناطق للحياة اليومية: العمل، العناية بالمنزل، الحياة الاجتماعية، الحياة المنزلية، الحياة الجنسية، اهتمامات، هوايات وإجازات. فقرات الجزء 2 شفرت 1 لنعم وصفر للا، ثم التسجيل بعد ذلك. جزء 2 ليس دائماً إضافة مفيدة لبعض المجموعات هناك فقرات عديدة للاستخدام (مثال: كبار السن، العاطلين، المعاقين وأصحاب الدخول المنخفضة). قام المؤلفون بتطوير العمل على الجزء 2 وأوصوا أن الجزء 2 لا يجب استخدامه. مثال لفقرات NHP في الجزء 1: التي تسأل عن استخدام الفقرات للمستجيب في الوقت الحالي وتشمل:

أنا مُتعَب كل الوقت.

لدي ألم ليلاً.

الأشياء تخذلني.

لدي ألم غير مُتحمَل.

تناولت أقراصاً لتساعدني على النوم.

ميزة رئيسية للـ NHP في أن مؤلفيه قد نشروا كتاباً به مراجعه. يحوي عرضاً لتطور المقياس، دراسات عن صدقه وثباته واعتماديته، فقرات NHP وطريقة الاستخدام (Hunt et al. 1989).

تسجيل (النقاط)

تسجل NHP بالنقاط يتراوح في مدى من صفر (لا مشاكل) إلى 100 (حيث كل مشاكل القسم مجاب عنها بنعم). والأوزان المسجلة تجمع لكل مجال من مجالات الـ NHP، ولا يحصل على تسجيل مجمع. وقد اختبر بكثافة للثبات وللصدق، وتقرير المؤلفين عن النتائج أنها جيدة. والأوزان بالنسبة NHP تم تحويرها باستخدام طريقة ثيرستون للمقارنة الزوجية. تم أخذ الأحكام من العديد المئات من الناس وتم تحويلها إلى أوزان باستخدام صيغة مناسبة (Mckenna et al. 1981). بينما أوضح Jenkinson et al. (1991) أن طريقة مقياس Thurstone's غير ناجحة حيث إن توزيع NHP مشابه سواء كانت فقرات المقياس موزونة أو مضاعفة فقط. كما أنهم اكتشفوا وجود عدم توازن في نظام التسجيل في حالة التسجيل للشخص ذي الصعوبة في السير وجد أن تسجيلاته كانت خطأ تفوق تسجيلات هؤلاء غير القادرين على السير تماماً.

إن تسجيلات الـ NHP أرقام غير "حقيقية" ولكنها مستخلصة من تقنية مقياسية؛ لذا فإن الاختبارات الإحصائية المناسبة لاختبار الافتراضات تكون لا بارامترية. وتوزيعه المنحرف للنقاط يعني أن هناك اعتبارات خاصة يحتاجها للاستخدام في اختبار الإحصاء حيث يفترض الكثير أن النتيجة موزعة طبيعياً على الرغم من وجود تغيرات إحصائية يمكن تطبيقها على البيانات المنحرفة، سامحاً بذلك استخدام الإحصاء البارامتري.

يحتاج الجزء 1 من الـ NHP للمستجيبين أن يحددوا "نعم" أو "لا" حسب إمكانية استخدام العبارة عليهم "بصفة عامة في الوقت الحالي". تستخدم الأوزان النسبية لذلك: ترجع كل عبارات إلى المحدودية على النشاطات أو مظاهر الإزعاج. وتمثل نقاط الأبعاد 100 وجود كل المحدودات المبنية في القائمة، وتسجيل صفر عدم وجود المحدودات ولكن هذه الأرقام القصوى (صفر - 100) لا تعكس النهايتين الموت أو الصحة الكاملة. والجزء 2، والذي تم سحبه مؤقتاً، يعود إلى سبع مناطق من الأداء المتأثر

بالصحة . يجيب المستجيب "نعم" إذا كانت الحالة الصحية تسبب مشاكل مع النشاط . الجزء 2 ليس به أوزان . عدد من الإجابات الإيجابية تستخدم كملخص إحصائي . وليس من الممكن حساب الحالة الصحية الكلية المسجلة ، على الرغم من سماح التجميع بين الفئات .

قد تكون هناك مشاكل مع حساسية NHP كجهاز مسح بسبب نموذج الصفر للإجابة ؛ والذي يعني أن NHPلا يفرق لنسب معينة للمجموع السكاني البالغ . ومشكلة استخدام NHP للمسح السكاني في أن العينة ستشمل عدداً كبيراً من الأعضاء الأصحاء الذين سينالون نقاط NHP المنخفضة . حيث إنه قياس شديد ، فإن الأمراض البسيطة لا تحدد بالجهاز ، ولذلك فالتحسن البسيط مع الوقت غير ممكن تحديده . وقد تمت الإفادة من هذه المشكلة بواسطة المؤلفين : "NHP يصيب فقط النهاية المتطرفة للمشاكل الصحية المتوقعة . وقد بني مثل هذا التوزيع داخل NHP في أثناء تطوره . في مرحلة مبكرة فقد تقرر أنه سوف يكون غير مقبول أن يشمل المشاكل الصحية التي سوف تكون أكدت بعدد كبير من السكان" (Hunt et al. 1986) .

نقل (1988) Hunt على نسب صفر للتسجيل من البيان المجمع من عدة دراسات مجتمعية استخدمت NHP :

القسم	نسب تسجيل صفر
الألم	83
الانعزال الاجتماعي	82
الحركة البدنية	78
الطاقة	75
التفاعل العاطفي	61
النوم	56

كما اعترفت، بأن هذا الجهاز يسجل النهاية الأكثر تطرفًا للتوزيع.

استخدم كاند وكار هيل Kind and Carr - Hill (1987) الـ NHP في دراسة على 1598 شخصًا في دراسة متتابعة لمسح الفقر لراونتري في يورك. وقد كان وزن العينة نحو الأشخاص الأكبر والخالين للمعاش. الإجابات السلبية لكل فئات الـ NHP تعدت 60 %. وبالنسبة للانعزال الاجتماعي وصل الرقم إلى 89 %، دليلا على سالبية الانحراف. هناك 3 فقرات فقط أخذت 2 % موافقة. "وجدت صعوبة في الارتداء"، "أنا غير قادر على السير بتاتًا"، "أحس أن الحياة لا تستحق أن نحياها". كما أن ثلاثًا من الفقرات المستخدمة بكثرة أخذت من فئة النوم وثلاث من الفقرات الأقل استخدامًا كانت من فئة الحركة البدنية. وقد جادل المؤلفون أن انحراف توزيع للاستجابات لا يظهر أنها مؤسسة على أي منطق. مثال، حوالي نصف من أجاب استجابة إيجابية واحدة اختار "أنا أصحى مبكرًا في الصباح". و 17.5 % اختاروا "أنا أفقد أعصابي بسهولة" ولكن لا توجد أية فقرة قد تم اختيارها عن طريق أكثر من 5 % من هذه المجموعة. بالمقارنة، بين من سجلوا تسجيلا عاليًا (11 أو أكثر استجابة إيجابية)، ست فقرات كانت أكثر شعبية من "أنا أفقد أعصابي بسهولة". لم ينقلوا علاقة بسيطة بين التسجيل العام واحتمالية الاستجابة لأي من الفقرات وأنه قد يظهر وجود حشو زائد عن الحاجة بين الفقرات. القياس ونظام التسجيل تم انتقادهما بعدم الاتساق والخروج عن القياس (Anderson et al. 1993). وقد أمد Jenkinson et al. (1991) بعض الشواهد أن استخدام طريقة مقياس Thurstone غير ناجح حيث إن التوزيع NHP مشابه سواء كانت فقرات المقياس تم وزنها أو أضيفت فقط. كما وجدوا عدم توازن في نظام التسجيل مع نقاط الشخص ذي الصعوبة في السير وأن تسجيلاته كانت خطأ تفوق تسجيلات هؤلاء غير القادرين على السير تمامًا.

الصدق

اختبر NHP جيداً للشكل، المحتوى وكذلك صدق المحك بواسطة مطوريه، وتم الإخبار بأنه مقياس مُرضٍ للحالة الصحية الذاتية في الأحوال البدنية، الاجتماعية والعاطفية. وشكل ومحتوى صدق الفقرات الذاتية قد أسسا بواسطة المطورين على أساس الطريقة التي ابتُكِرَ بها المقياس، وقد استخلصت الفقرات من خبرات غير المتخصصين، والمستجيبون كان يمكنهم إن استطاعوا أن يربطوا بين الفقرات ويفهموا علاقة الفقرات بالموضوع (Hunt et al. 1986).

تمت اختبارات القدرات التمييزية مع 4 مجموعات لأشخاص فوق 65 سنة، شارك في البرنامج الرياضي 40 شخصاً، 19 مريضاً من قائمة الممارس العام ليس لديهم إعاقة أو مرض محدد، ولم يستشيروا طبيباً في خلال مدة الشهرين المنقضيين، 49 ممن لهم مشاكل صحية واجتماعية مختلفة يداومون على نادٍ غذائي محلي، 54 مرضى مزمنين من قوائم الممارسين العموميين، 352 مرضى تم اختيارهم عشوائيًا من قوائم الممارسين العامين. أظهرت النتائج أن NHP قادرة على التمييز بين المجموعات "السليمة" و "المريضة" . ومن ناحية اللياقة البدنية، مرتفعين ومنخفضين، مستويات اجتماعية، مجموعات عمرية، وجنس وأن محتوى الأسئلة كان مفهومًا بواسطة كبار السن ومقبولا منهم. وجهة النظر في الحالة الصحية كان مرتبطًا بالحالة الصحية الموضوعية (Hunt et al. 1980; 1986). قيم (Jenkinson et al. 1988) حساسية الـ NHP لمرضى الالتهاب المفصلي الروماتويدي وعددهم 39، 43 مرضى الصداع. وكان NHP قادرًا على التمييز بين المجموعتين، مرضى الالتهاب المفصلي سجلوا أرقامًا أسوأ من ناحية التأثير على مستوي الطاقة والحركة. وتحاليل التميز أوضحت أن NHP قادر على التمييز بين 79 % من التهاب المفصل، 93 % من مرضى الصداع. بعض الباحثين نقلوا نتائج جيدة عن NHP بالنسبة للمصابين بأمراض القلب (Permanyer - Miralda

et al. 1991)وقد دعموا قدرة الـ NHP على التمييز بين السكان الطبيعيين وذوي الأحوال المرضية الشديدة (Van Agt et al. 1993).

أظهر الـ NHP حساسية للتغير. بحث غير منشور من (Hunt et al. 1986) بني على عينة من 86 امرأة من الحوامل. استخدم الـ NHP معهن في ثلاث مراحل من الحمل 18، 27، 37 أسبوعا. كان الـ NHP حساساً للتغير في أثناء الحمل. كما استخدم 141 مريضاً يزورون عيادة الكسور ونفس العدد من الأشخاص لمجموعة ضابطة. تم أخذ النقاط بعد حدوث الكسر مباشرة وبعد ثماني أسابيع. كانت النقاط حساسة للتغير في وجهة النظر الصحية، ومتمشية مع التآم الكسور (McKenna et al. 1984). كما استخدم (O'Brien et al. (1988 الجهاز لقياس نوعية الحياة قبل وبعد عمليات زرع الرئة والقلب في المملكة المتحدة. وقد كان حساساً للتغير ومرتبطاً جيداً مع المعايير الإكلينيكية مثل القدرة التدريبية (معامل الارتباط للأخير لم يكن موجوداً). أظهرت النتائج انخفاضاً واضحاً في نقاط NHP لمرضى ما بعد الجراحة بثلاثة شهور، لم تسجل اختلافات أخرى بعد 6 - 12 شهراً بعد الجراحة. وفي دراسة على 196 مريضَ زرْع قلب، نقل عن NHP أنه كان حساساً لتدهور حالة المرضى قبل الزرع مع وجود تحسن بعد الزرع. وكان قادراً على التنبؤ بالناتج مقارنة بمدة البقاء في المستشفى، والعودة إلى العمل والنشاط الاستشفائي خلال 3 شهور من الزرع (Buxton et al. 1985; Caine et al. 1990). وقد استخدم أيضاً (Caine et al. (1991 الـ NHP لدراسة نوعية الحياة لعدد 100 من الذكور تحت سن الستين قبل وبعد عمليات تخطي الشريان التاجي. كان NHP حساساً للتحسن في الصحة بعد العملية (عند 3 شهور بعد سنة). وقد نقل عن الجهاز أنه حساس لتحسين حالة المرضى بعد عملية الزرع وبعد العملية الجراحية لتخطي الشريان التاجي (Wallwork and Caine; Buxtor et al. 1985).

لكنْ: أداؤه بالنسبة للأمراض النفسية، والقياسات الإكلينيكية للوظائف

التنفسية، كانت متنوعة (Alonso et al. 1992). بينما أظهر المقياس حساسية للتغير بعد التدخلات العلاجية المؤثرة؛ فكلما كان الأداء بأقل تأثير، وبعلاج أقل، قلّ تأكيد النجاح (Brazier et al. 1992; Hunt et al. 1984 a). استخدم Jenkinson et al. (1988) كلا من NHP واستبيان الصحة العامة لجولدبرج على مجموعة سكانية من 39 التهاب مفصلي روماتويدي و 43 مريضاً بالصداع ونقل ارتباطاً متوسطاً هو 0.49 بين GHQ ومقياس التفاعل العاطفي للـNHP لكلتا العينتين. والمعنى المتضمن هو أن الـ NHP لم يعط أكثر من قياس متوسط ودقيق في هذا المجال.

وثمت انتقاد بأن الـNHP لا يمثل سوى مجال واحد غير مؤرخ (Kind and Carr-Hill 1987; Kind, Mimes undated). على الأخص: هناك ارتباط عالٍ بين الألم ومجالات الحركة البدنية. بينما يتوقع تنوع مشترك بالنسبة للفقرات بين المجالات وتنوع مشترك بين الفقرات في المجالات المختلفة مما يزيد من الصعوبات في التفسير لبروفيل المجال المقابل Gross Category.

الثبات

يوجد ارتباط داخلي متواضع (0.32 - 0.50) بين أبعاد NHP للألم، الطاقة والنوم وقد نقلوا بواسطة أكثر من 1000 مريض بالفيروس (Zoster) (إعادة نشاط فيروس قوباء الجديري المائي) (Maus Kopf et al. 1994) (كانت الأبعاد الأخرى للـNHP أضعف). ونقل المطورون دراستين تختبر ثبات الـNHP باستخدام تقنية الاختبار وإعادة الاختبار. واعتمدت الدراستان على 58 مريضاً بالالتهاب المفصلي العظمي و 93 بأمراض الأوعية الدموية الطرفية. وكرر الاستبيان على هاتين المجموعتين بعد 4 و 8 أسابيع بعد الاستخدام الأول على التوالي. كلاهما أظهر ارتفاع مستوى الثبات بارتباط يتراوح بين 0.71 و 0.88 ما عدا فقرات الحياة المنزلية (0.64)، الحياة الاجتماعية (0.59)، الاهتمامات والهوايات (0.44) لمرضى الالتهاب المفصلي العظمي؛ والحياة الاجتماعية

(0.61) للعناية بالمنزل (0.64)، والعمل (0.55) لمرضى الجهاز الدوري (Hunt et al. 1981, 1986) . اختبر Kutlay et al. (2003) ثبات الـ NHP لمرضى النفاذ الدموي. وقد أفادوا بأن الاختبار وإعادة الاختبار لمعاملات ارتباط بيرسون (في أسبوعين منفصلين) كانت 0.61 أو أعلى. ومعاملات Gronbach's Alpha لأبعاد NHP تراوحت بين 0.79 - 0.61 (الطاقة، النوم، الانعزال الاجتماعي كانت هذه الأبعاد تحت 0.70). نقل NHP بأنه أقل ثباتًا لمرضى الروماتيزم (Fitzpatrick et al. 1992).

والجزء NHP 2 لم يتحصل على نتائج جيدة كالجزء 1، وهذا يشرح انسحابه. مثال: Hunt et al. (1981) نقل أن الاختبار وإعادة الاختبار لمعاملات الثبات على مرضى الالتهاب المفصلي العظمي مداه من 0.77 - 0.85 للجزء 1 بالمقارنة بالمدى الأكبر للجزء 2 (0.44 - 0.86). ولاحظ المؤلفون أن أي تغير في توقع الصحة بين الاستخدامين يؤدي إلى خفض الارتباط (Hunt et al. 1981). NHP لا يلاقي الاحتياجات لتنفيذ الثبات باستخدام التجزئة النصفية. لأنه قصير جدا والفقرات ليست متلائمة. كما يجادل المؤلفون إنه ليس ممكنا اختباره أمام معيار ذهبي مناسب حيث لا يوجد قياس مناسب.

وفي دراسة عن تكيفه للغة الفرنسية بواسطة Bucquet et al. (1990) أكدت سهولة فهم النسخة الفرنسية فوراً؛ على الرغم أن ذلك لم يكن بدون مشاكل. وقد استخدم المؤلفون نفس الطرق للحساب أوزان الفقرات مثل McKenna et al. (1981) للنسخة الأصلية، مبينًا على مقارنات Thurstone الزوجية، وأسست دراستهم على عينة نسبية من 625 شخصًا (حكمًا). بينما لم ينقل Bucquet et al. أن المستجيبين لديهم صعوبات في عمل هذه التقديرات، خاصة بالنسبة لأقسام الألم، الحركة، الطاقة، النوم. لم يستوعبوا جميعهم مفهوم "المنظر العام" بسهولة عند مقارنة العبارات الصحية. النسخ الدولية للمقياس تم مراجعتها بواسطة Anderson et al. (1993).

في الجمل، مميزات NHP هي أنه قصير وبسيط وقليل التكلفة للمستخدم؛ يمكن

أن تستخدم ذاتيًا أو بالمقابلة، وقد اختبر صدقه. لكنه: يعطي فقط قياسًا محدودًا للوظائف، وبعض الإعاقات لا تقيم بالمرة: مثلا العيوب الحسية، مشاكل الأكل. كما ينقصه مؤشر مناسب للمشاكل العقلية ويحتاج مكملات إذا استخدم كمقياس أوسع لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة. لم تكن نية مطوريه قياس الصحة المرتبطة بنوعية الحياة، ولا أن يتعرف على النواحي الصحية أو الحالات الخاصة بالعوارض المتوسطة الشدة (Hunt 1984). وهو قصير جداً لاختبار ثباته باستخدام التجزئة النصفية وهي قياس شديد مع توزيع عالي الانحراف - وقد لا يمكنه قياس التحسن الطفيف للصحة. ونتيجة التركيز على الشروط الشديدة هي أن بعض الناس الذين لديهم ألم قد لا يظهرون تسجيلا على البروفيل. وكذلك، فإن الأشخاص الطبيعيين أو من هم أقل صحيًا يمكنهم أن يؤكدوا بعض الإفادات القليلة على بعض الأقسام. وهذا يجعل من مقارنة تسجيلاتهم عبر الوقت مسألة صعبة. والناس الذين يسجلون صفراً لا يظهر تحسنهم مع الوقت. إذن فهو قياس سلبي للصحة.

على الرغم من المحدودية، فهناك الكثير من التطبيقات للـ NHP في المجال الإكلينيكي ومجال المجتمع. وقد استخدم بنجاح كناتج قياس مع مرضى جراحات القلب (O'Brien et al. 1988; O'Brien 1988). كما يرتبط جيداً بالتحكيم الإكلينيكي للمرضى وسير المرض وهو سهل الاستخدام والتحليل. على الرغم من كونه قياساً مشهوراً للحالة الصحية والناتج في أوروبا، ولا يزال تكييفه للاستخدام يتم بلغات أخرى (Untela et al. 2003; Loves et al. 2003) إلا أن استخدامه يقل. القياس له حقوق نشر صارمة وكذلك له رسوم لاستخدامه (مع بعض الاستثناءات، مثال استخدام الطلبة).

استبيان مؤشر الصحة لماك ماستر MHIQ

هذا الاستبيان تم تطويره في أونتاريو، بكندا كمقياس للوظائف البدنية، الاجتماعية،

العاطفية، ثم دعمه من تعريف الصحة العالمية (1958 ,1947). كان القصد من القياس توفير قياسات مستقلة لهذه المناطق المنفصلة، مع الأخذ في الاعتبار فكرة المؤلفين في أن فردين بنفس مستوى الإعاقة البدنية قد يختلفان جداً في وظائفهما الاجتماعية والعاطفية (Chambers 1998; Chambers et al. 1976). وكان الهدف هو إنتاج استبيان للحالة الصحية مناسب لاستخدام المجموعات السكانية التي قد تستخدم للتنبؤ بتقييم الصحة الإكلينية لصحة الإنسان. وقد طور على أساس لمراجعة الأبحاث لقياس الحالة الصحية، وجلسات الأفكار البارعة المفاجئة، واستشارة الخبراء.

وقسمُ مؤشر الوظيفة الاجتماعية تم تطويره بعد دراسة المقاييس الحالية، بما في ذلك جدول الحالة العقلية لسبيتزر، ومؤشر كورنل الطبي، مقياس تعديل كاتز (Spitzer et al. 1964; Herron et al. 1964; Brodman et al. 1949). ومجموعة من أجهزة المسح. ومراجعة دراسات اجتماعية للاسترخاء والمشاركة الاجتماعية أضافت لائحة إضافية لأسئلة الوظائف الاجتماعية. معيار الانتقاء لانضمام الفقرات كان للقدرات التمييزية الإيجابية وكذلك السلبية (التعرف على الوظائف الجيدة وكذلك الضعيفة)، الاستخدام العام والقبول العام، قلة التكلفة وسهولة الاستخدام واستجابات شاملة.

قسم مؤشر الصحة للاستبيان شمل فقرات إضافية عن الوظائف البدنية وفقرات ترتبط بالأعراض (الجهاز التنفسي) والسلوك (التدخين على سبيل المثال). وكان التقييم الإكلينيكي للوظائف الاجتماعية من "ضعيف جداً" إلى "جيد جداً". واحتوت النسخة على 172 فقرة، وتم التعرف بعد تقييم الاستجابة للتغيير، التنبؤ بالتقييمات الطبية والتحاليل متعددة التنوع باستخدام تقييمات الأطباء كمعيار متنوع. تم اختبار الفقرات مبدئياً على 70 مريضاً في مستشفى طبي وتكرر الاختبار عليهم بعد خروجهم. ونقل عن مسودة الاستبيان أنه سريع وبسيط للاستخدام، مقبول

للمستجيب وحساس لتغيرات الحالة الصحية (لم يتم التقرير عن أية قيم). كررت التقييمات الإكلينيكية بواسطة طبيب مستقل على 54 مريضاً. ونتج عن معدلات الاتساق قيمة مؤشر اتفاق وهي 0.95.

نقلت اختبارات أخرى أكثر من 200 مريض سجلت مع طبيب أسرة اتساق عالٍ بين الفقرات الاجتماعية للوظائف (تم تقسيم الاستجابات إلى قسمين جيد وضعيف). تم تقييم حساسية الأجهزة بأنها جيدة. والانتهاء الذاتي للنسخة الأخيرة للاستبيان MHIQ تستغرق 20 دقيقة. واستخدم الاستبيان على مجموعات سكانية مختلفة منها المرضى النفسيون من العيادات الخارجية، مرضى السكري، والأمراض التنفسية، ومرضى الذبحة القلبية، ومرضى الالتهاب المفصلي الروماتويدي (انظر كُتيب Chambers 1984).

المحتوى

النسخة الأولية للمقياس احتوت 150 فقرة، ثم اختصرت إلى 59 فقرة. تحتوي على 24 فقرة وظيفة بدنية منها (النشاط البدني، الحركة، الرعاية الذاتية، الاتصال (الرؤية، السمع)، الوظيفة البدنية الشاملة)، 25 فقرة للوظائف الاجتماعية (الرفاهة العامة، العمل / أداء الدور الاجتماعي / الرفاهية المادية، الدعم الأسري / المشاركة الأسرية، دعم / مشاركة الأصدقاء والوظيفة الاجتماعية الشاملة) و 25 (خليط بين فقرات الوظائف الاجتماعية) وفقرات الوظائف العاطفية (احترام الذات، المشاعر تجاه العلاقات الشخصية، أفكار عن المستقبل، أحداث حياتية صعبة والوظيفة العاطفية الشاملة). يحوي MHIQ فقط 59 فقرة حيث إن بعضها يغطي الوظائف الاجتماعية والعاطفية. وتحسب الفقرات المتداخلة مرتين في التسجيل، وتحوي ضعف وزن الفقرات الأخرى. وتحتاج هذه الطرق التصديق.

كل فقرات الوظيفة البدنية تستخدم لتقييم مستوى وظائف المرض في يوم

استخدام MHIQ . فقرات الوظيفة الاجتماعية تختص بفترة زمنية محددة (عادة الحاضر) . وفقرات الموافقة وغير الموافقة لفقرات الوظيفة العاطفية توضح في الزمن الحاضر . وترجع فقرات الوظيفة العاطفية الأخرى إلى الماضي القريب كما هو معرّف في السؤال (مثال ، خلال السنة الماضية) . والتأكيد يكون على القدرة ، بدلا من الأداء ("هل يمكنك ......؟" بدلا من "هل تـ......؟") ؟ . والهدف كان التعرف على معلومات على النشاطات التي يمكن ملاحظتها في وقت الانتهاء من MHIQ . أمثلة عن الأسئلة هي :

البدنية

هل أنت اليوم قادر بدنيا على المشاركة في الرياضة (هوكي ، سباحة ، بولنج ، جولف ، وهكذا) أو أية رياضة منظمة ؟

1 لا

2 نعم

هل لديك صعوبة بدنية بالمرة لقيادة السيارة بنفسك ؟

1 لا

2 نعم

هل هذا لصعوبة بدنية ؟

1 لا

2 نعم

الصحة العاطفية

(موافق جدا 1 .... لا أوافق بشدة 5)

مرات أشعر أن حياتي ليست مفيدة جداً.

يشعر الناس بالراحة نحوي

الصحة الاجتماعية

(جيد 1 . . . . ضعيف 5)

كيف تقول عن وظيفتك الاجتماعية اليوم؟

(بهذا نعني قدرتك على العمل، على أن يكون لك أصدقاء، أن تنسجم مع أسرتك.)

ما هي المدة التي تقضيها لمشاهدة التليفزيون في الأسبوع (لا شيء - أكثر من ساعتين يومياً).

التسجيل للنقاط

تسجيل 1 يعني "وظيفيًا جيد" استجابةً لكل فقرة، وصفر "وظيفيا ضعيف" الاستجابة. تجمع النقاط، على الرغم من تطور نظم وزن بديلة (Chmabers et al. 1982).

الصلاحية

نقل المؤلفون، بدون نشر القيم، أن MHIQ يرتبط جيداً مع مقاييس أخرى، فقرة الوظائف البدنية ترتبط جيداً مع تقييمات أطباء الروماتزم والعلاج الوظيفي وأسس التقييم على مؤشر لي للصحة الوظيفية (Lee). مؤشر MHIQ للوظائف العاطفية، البدنية والاجتماعية ليرتبط جيداً مع قياسات Bradburn للرفاهة النفسية. مؤشر الوظيفة البدنية يرتبط جيداً أيضاً بمقياس المشابه للألم مع النتائج الإكلينيكية والبيولوجية (Chambers et al. 1982).

تقييمات 96 من مرضى العلاج الطبيعي أظهرت تغييراً في نقاط MHIQ بين الزيادة الأولى والخروج، موضحاً بذلك حساسية للتغيير (Chambers et al. 1982)

(لم تسجل الأرقام أو القيم). استخدم فقرات فرعية استخدمت بنجاح للتنبؤ بناتج المرض في محاولة منضبطة عشوائيًا لمرضى عولجوا بواسطة الأطباء والممرضات والممارسات (Sackeet et al. 1974). نقل الاستكمال الذاتي MHIQ بأنه متفوق من ناحية الحساسية للتغير عن غيره من الطرق (Chambers et al. 1987). استخدم 96 مريضًا في عيادة العلاج الطبيعي الـ MHIQ في أربع نقاط زمنيًا. وقُيّم المرضى عشوائيًا للطرق المختلفة للاستخدام: المقابلات، الاستكمال الذاتي أو مقابلة التليفون. وتفوق الاستكمال الذاتي من حيث الحساسية للتغير عن غيره (Chambers 1984). ولكن، نقل أن القياس أقل حساسية للتغير لمرضى حالات الالتهاب المفصلي الروماتويدي لاستبيان التخصيص لماك تورنتو MACTAR الالتهاب المفصلي وللروماتيزم (Tugwell et al. 1987).

الثبات

نقل (1984) Chambers أن الثبات تم تقييمه بسؤال 30 مريضًا من مرضى العلاج الطبيعي للعيادات الخارجية MHIQ على فترتين في أسبوع. لم يتوقع أن يغير المرضى في حالتهم الوظيفية وكان الارتباط بين قيم الوظيفة البدنية – العاطفية 0.80 معاملات الارتباط بين الفصول تراوحت بين 0.48 إلى 0.95 للنقاط البدنية العاطفية والاجتماعية. معاملات الاتساق الداخلي بين المؤشرات البدنية، العاطفية والاجتماعية كانت (0.76، 0.67، 0.51) بالتوالي. لم يتأثر الثبات بواسطة مقاييس الاستكمال الذاتي أو القائمين على المقابلات. وكانت الموافقة بين القياسات لأربعة قياسات للبعد البدني للنسخة الأولية للمقياس (0.71) (معامل اتفاق كندل) (Chambers 1993).

نلخص، بينما لا يزال هناك حاجة إلى الكثير من الدراسات عن ثباته وصدقه، واستخدام المقياس في انحدار؛ فإن مميزات المقياس في مرونته – ويستخدم في المجالات المختلفة. فإنه سهل الانقياد للتعليمات الخاصة بالتسجيل الحسابي، ويركز على القدرة الحالية، وإيجابي في التوجه، وسهل؛ وبسيط، غير مكلف للاستخدام، ومقبول

للمرضى ؛ وكذلك لديه مستوى مقبول من الثبات ، ولكن ، تطبيقه مازال موضع تساؤل عند استخدامه لكبار السن الضعفاء (مثال : السؤال عن المشاركة الرياضية في المؤشر البدني) .

تأمين الصحة لراند /بطاريات دراسة النواتج الطبية

فقد صممت هذه البطاريات لدراسة تأمين الصحة لراند (HIS) وهي تجربة لناتج الصحة بعد الضم العشوائي للبالغين لخطط التأمين المتنوعة في الولايات المتحدة الأمريكية . أسست HIS على عينة من 8000 شخص في 2750 عائلة في ستة أماكن في أمريكا . وشملت (MOS) دراسة النواتج الطبية تفاصيل أكثر للتقييم لناتج الصحة وأدت إلى تطور البطاريات (Stewart and Ware 1992) . تطورت البطاريات للاستخدام في المسوح السكانية ، بصفة خاصة كقياسات الناتج لفحص تغيرات الحالة الصحية التي يمكن توقعها نتيجة الخدمة الصحية المستخدمة خلال فترة زمنية قصيرة نسبياً . تغطي البطاريات الصحة البدنية ، الصحة الفسيولوجية ، الصحة العقلية ، الصحة الاجتماعية والإدراك الصحي .كانت النية أن القياس يصبح حساساً للاختلافات في صحة المجتمع (Ware and Karms 1976 ؛ Stewart et al. 1978, 1981, 1989 ؛ Ware et al. 1979, 1980 ؛ Stewart and Ware 1992) . تطورت بطارية HIS بعد الأبحاث المكثفة لقياسات فعلية ، قياس التكييف للقياس المتواجد ؛ أيْ أيَ طرق قياسية جديدة تطورت على أساس الأبحاث المكثفة . يمكن استخدام كل قسم مستقلا . كما يستخدم العديد من الباحثين في جميع أنحاء العالم بطاربات Rand (مثال Hall et al. 1987) . وتستخدم كل بطارية مستقلة . وللمؤلفين مدى واسع من التقارير الحديثة وتوضح العلاقات المتبادلة الداخلية بين بطاريات HIS . (Stewart et al. 1989 ؛ Wells et al. 1989 a. 1989 b) . وتطور نسخ قصيرة للبطاريات من 20 فقرة (Stewart et al 1988) ، ثم تطورت بعد ذلك نسخة من 36 فقرة (النموذج القصير – 36) والمستخدمة

حالياً عبر العالم، بنتائج جيدة للثبات والصدق (;Stewart and Ware 1992 Anderson et al. 1990) . ومشروع IQOLAالتقييم الدولي لنوعية الحياة والذي تَرجم وكَيّف النسخة قصيرة الفقرات SF - 36 للمسح الصحي (الاستبيان SF 36) ، في دول كثيرة ، وكذلك أمد مجموعة من الترجمات بقواعد لتسهيل استخدامها للدراسات الدولية لنواتج الصحة (Aaronson et al. 1992) .

بطارية الصحة البدنية

الصحة البدنية في دراسة التأمين الصحي تم تفصيلها من خلال الحالة الوظيفية . أوضحت الدراسات 6 مستويات للنشاط الوظيفي وفيها الأداء يعكس الصحة البدنية : العناية الذاتية (مثال ، تناول الغذاء ، الاستحمام) ، الحركة ، النشاط البدني ، النشاط الوظيفي (مثال الوظائف) نشاط الأعمال المنزلية ، والنشاطات الترفيهية . تم ضم المناطق الست في بطارية راند Rand وسُميت بطارية المحدوديات الوظيفية ، وتحددت فقراتها على فقرات من المسح الأمريكي القومي الصحي للمقابلات و (Patrick et al 1973a, 1973b) قام بالعمل على تطوير مقياس القدرة الوظيفية . قيس الأداء بواسطة 3 بطاريات منفصلة للفقرات : المحدوديات الوظيفية ، القدرة البدنية ، أيام الإعاقة .

وميزة بطارية Rand للمحدوديات الوظيفية عن غيره من المقاييس الأخرى أنه يربط المقياس بسبب عدم القدرة البدنية . وتشمل البطارية بطارية القدرات البدنية بالإضافة إلى بطارية المحدوديات الوظيفية وهي مشابهة لبعضهما والنية في استخدامها للمستجيبين في الأطوار المختلفة لطريقة HIS الطولية .

المحتوى

تُقيّم 14 فقرة من HIS النشاطات في الرعاية الذاتية ، الحركة ، البدني والنشاط المنزلي

نشاطات الترفيه والعمل. والإجابة "إما نعم" أو "لا" أو "نعم، يمكن عمله"، "نعم، يمكن عمله ولكن ببطء"، "لا، غير قادر على فعله". الإجابات الإيجابية للمشاكل تؤدي إلى فقرات أخرى على طول التقييد والحصر.

مثال من بطارية المحدوديات الوظيفية وبطارية القدرات البدنية:

هل تحدد صحتك نوع النشاطات الضعيفة التي يمكنك عملها، مثل الجري، رفع الأشياء الثقيلة أو المشاركة في نشاط رياضي مجهد؟ نعم 1 / لا 2

هل لديك أية مشكلة في السير لمسافة عدد من الأبنية أو صعود بعض السلالم، نظراً إلى صحتك؟

نعم 1 / لا 2

هل تحتاج إلى مساعدة في الأكل، الملبس، الاستحمام أو المرحاض بسبب صحتك؟

نعم 1 / لا 2

هل يمكنك عمل نشاطات صعبة في المنزل، أعمال ثقيلة مثل تنظيف الأرض ورفع أو تحريك الأثاثات؟

نعم 1 / نعم، ولكن ببطء فقط 2 / لا، لا أستطيع فعل ذلك 3

إذا أردت هل يمكنك المشاركة في النشاط الرياضي مثل السباحة، تنس، كرة السلة، الكرة الطائرة أو في التجديف؟

نعم 1 / نعم: لكن ببطء 2 / لا، لا أستطيع عمل هذا 3

كثير من هذه الفقرات غير مستخدمة لكبار السن (مثال النشاطات المجهدة) أو هي عامة جداً (مثال السؤال عن العديد من المحدوديات في سؤال واحد)، لكي تفيد المسح حيث القدرات التمييزية هامة.

التسجيل للنقاط

تتراوح فقرات التسجيل بين صفر - 3 (لا إلى محدوديات شديدة) للحركة، صفر - 4 للمحدوديات البدنية ؛ صفر 2 لمحدوديات العمل . يمكن تسجيل الفقرات في مجموعات : محدودية الحركة ، محدوديات العمل، محدوديات الرعاية الذاتية (يتضمن الأخير فقرة واحدة فقط) هناك تسجيل عام - مؤشر الحالة الوظيفية - يستخدم كل الفقرات وهو مؤشر لعدد من الفئات ولدى الفرد منها محدودية أو أكثر (صفر - 4) . ولم يسجل هناك على نحو كامل بالنسبة للصدق .

نتائج دراسة Rand أوضحت أن قياسات الصحة البدنية تؤدي إلى توزيعات منحرفة التوائي : معظم أعضاء العينة ليس لديهم محدوديات وظيفية أو إعاقة بدنية . هذه محدودية توزع حسب تناسبها للاستخدام في المسح السكاني .

الصدق

حكم المؤلفون بأن القياسات مناسبة من حيث محتوى الصدق أي من حيث محتوى الفقرات المتضمنة في القياسات الصحية - البدنية تعكس مدى المحتوى الوارد بالمراجع . صدق البناء قد بيّنة المؤلفون على أنه جمعية بين بطارية المحدوديات الوظيفية وبطارية القدرات البدنية وكانت من متوسطة إلى قوية (0.49 - 0.99)، تشير إلى بناء تحتي عام، هو غالباً الصحة البدنية .

الثبات

تم تقديره من أجل قياسات القدرات البدنية التي تستخدم معاملات الاتساق الداخلي . والاتساق الداخلي ومعاملات الإنتاج لقياسات HIS للصحة البدنية كانت عالية (90 أو أكثر) معامل الاختبار إعادة الاختبار كانت كذلك عالية (0.92 - 0.99) (يفصلها أربعة أشهر) .

بطارية الصحة العقلية

نتيجة دراسات مكثفة بالمراجع، تتراوح ما بين تقييمات مقاييس الاكتئاب إلى جداول الرفاهة العامة، فإن قياس الأعراض المرضية للاختلالات المتأثرة (المزاجية) (مثل الاكتئاب والقلق) كان له أهميته، وكذلك الرفاهة والتحكم في السلوك، المزاج، التفكير والشعور. وتتكون بطارية الصحة العقلية للـ HIS من فقرات مخصصة لقياس هذه المكونات. وقد روجعت منذ تطويرها لزيادة مدى القياس (خاصة مع القلق والاكتئاب).

المحتوى

تتكون بطارية الصحة العقلية المراجعة من استبيان الرفاهة العامة. أضيف مقياس فرعي مُعرِّفًا فقد التحكم السلوكي / العاطفي. وهذه النسخة المراجعة بنيت على التحليل العاملي. وتشمل 46 سؤالا مع 4 - 6 اختيارات للإجابة لكل فقرة، من المدى التقييمي الإيجابي الأقصى إلى أقصى السلبي. وبطارية الصحة العقلية تستخدم 38 سؤالا منها، والفقرات الثمان الباقية تستخدم لتقدير الإجابات المرغوبة اجتماعيا.

أمثلة الفقرات هي :

كم عدد المرات تضايقت "بالعصبية" في الشهر الماضي؟

لدرجة قصوى – لدرجة عدم القدرة على العمل أو العناية بالأشياء	1
لقد تضايقت جداً	2
تضايقت قليلا	3
تضايقت بدرجة كافية	4
تضايقت مجرد تأثير ضعيف بالأعصاب	5
لم أتضايق قط	6

خلال الشهر الماضي، هل كان لديك سبب للاستغراب إذا كنت تفقد عقلك، أي تفقد السيطرة على طريقة تصرفك، كلامك، تفكيرك، شعورك، ذاكرتك؟

لا بالمرة 1

ربما قليلا 2

نعم، ولكن ليس بالقدر الكافي الذي يثير الاهتمام أو القلق 3

نعم، وقد اهتممت 4

نعم، واهتممت بشدة 5

نعم، واهتممت جدا 6

بصفة عامة، هل قلت إن قيمك فوق اللوم؟

نعم، بالتأكيد 1

نعم، غالبًا 2

لا أعرف 3

غالبًا لا 4

بالتأكيد، لا 5

هل كثيرًا ما شعرت وكأنك تريد أن تبكي، خلال الشهر الماضي؟

دائمًا 1

كثيرًا جدًا 2

عدد كافٍ 3

أحيانًا 4

قط غالبًا 5

قط 6

التسجيل للنقاط

تقيس ثماني فقرات الرغبة الاجتماعية ويجب أن تسجل منفصلة من عدد 38 فقرة لمؤشر الصحة العقلية.

بعض الفقرات سجلت لأغراض التسجيل. ويمكن خلق مقاييس فرعية ترتبط لفقرة رضا الحياة، مقياس سيكولوجية الألم، مقياس الرفاهة السيكولوجية ومؤشر الصحة العقلية. هذا يشمل إضافة بسيطة لتسجيلات فقرات التسجيل والنقاط المسجلة. يُقرأ التسجيل العالي مختلفاً في كل مقياس فرعي متنوع، حسب اسم المقياس. مثلاً، تسجيل عالٍ لمقياس سلبي يتناسب مع تسجيل غير مفضل والتسجيل العالي لمقياس إيجابي يتناسب مع تسجيل مفضل. تفاصيل طرق التسجيل يوفرها المؤلفون لدى شركة راند – سنتا مونيكا.

الصدق

محتوى صدق بطارية الصحة العقلية للـHIS قد أكد بواسطة المؤلفين حيث يحتوي على فقرات ممثلة في المراجع. صدق البناء أكثر مدعاة للسؤال حيث إن الارتباطات بين هذه المقاييس المبنية لدراسات الصدق مداها من 0.01 حتى 0.94. هذا يعكس الشك حول قياس بناء مشترك داخل المقياس. استخدم المؤلفون هذه النتائج لدعم قرارهم للتسجيل ولمناقشة أربعة مقاييس مبنية للصحة العقلية منفصلة. وفي مسح أسترالي عن المجتمع بواسطة (Hall et al. 1987) أوجز أن الارتباط (0.76 -) بين بطارية الصحة العقلية لراند والاستبيان العام للصحة الذي يقيم بوضوح الاكتئاب والقلق.

الثبات

تم تقييم ثبات الـHIS لقياس الصحة العقلية باستخدام الاتساق الداخلي ومعاملات الاختبار وإعادة الاختبار. تقدير الاتساق الداخلي كان يتراوح من 0.70 إلى 0.80؛

والوقت اللازم عامة للاستخدام أقل من أسبوع . هناك تطور أحدث هو مقياس الاكتئاب ذو الفقرات الثمان القصير وكانت نتائجه الأولية مشجعة للصدق والثبات والاعتمادية (Burnam et al. 1988; Wells et al. 1989b).

كاشف الاكتئاب

طور المقياس الفقرات الثمان : القصير ذاتي التقرير للكشف عن (الاكتئاب والخلل العقلي) في دراسة النواتج الطبية لراند MDS في الولايات المتحدة . وقد تطور للاستخدام في جهاز كاشف لثلاثة أمراض مزمنة ، وكانت النية على أن البطارية لا تستغرق سوى 10 دقائق للاستكمال (Burnam et al. 1988).

طور المقياس على 5000 شخص من عينة عامة للمجتمع : خدمات الصحة العقلية ومستخدمي العناية الأولية . قياس الدراسة شمل 20 فقرة في مقياس اكتئاب مركز دراسات الأوبئة (CES - D) (Radloff 1977) وقد احتوى على الأعراض وتكرارها وفقرتين من (DIS) جدول المقابلات التشخيصي عن الزمن والأعراض (Robins et al. 1981) . وقد استخدم الـ DIS الكامل أيضاً لتقييم الأمراض النفسية (كمعيار ذهبي) . استخدم التحليل المنطقي الارتدادي وذلك لاختيار أحسن الفقرات للكاشف . آخر مجموعة من الفقرات المختارة للكشف شملت ست فقرات من (CES - D) وفقرتي DIS الاثنتين . الفقرتان الأخيرتان كانتا وسيلة تنبؤ هامة للاكتئاب ولديها أعلى معامل في النموذج الارتدادي النهائي . كما تم اختبار كاشف سداسي الفقرات مع نقل الفقرتين الأخيرتين - كاشف الفقرات الست للاكتئاب . وقد أدى بنفس طريقة كاشف الفقرات الثمان ، ولكن كاشف الفقرات الثمان كان أداؤه أفضل قليلا عموماً .

المحتوى

هناك ارتباط بين كل الأسئلة على الأخص أعراض . الاكتئاب ومدى بناء الإجابة يتراوح

بين اختيارات نعم / الأسئلة الثلاثة الأولى للاكتئاب واختيار إجابة الفقرة الرابعة تتراوح درجاتها من صفر = نادراً أو لا لأي وقت إلى 3 = معظم أو كل الوقت في المقياس (ثم عكس النقاط لفقرة موجبة واحدة "أنا استمتع بالحياة") مثال :

11 في العام الماضي، كان لديك أسبوعان أو أكثر كنت حزيناً أو مكتئباً، أو أنك فقدت الاهتمام بالأشياء التي كنت تهتم أو تسعد بها ؟

نعم / لا

12 أ هل أحسست بالاكتئاب أو الحزن معظم الوقت في العام الماضي؟

نعم / لا

13 لكل عبارة تالية علّم علامة دائرية، تصف تماماً مدى إحساسك أو تصرفك بهذه الطريقة في أثناء الأسبوع الماضي.

في أثناء الأسبوع الماضي:

(ب) انتابتني نوبات بكاء

(د) استمتعت بالحياة

نادراً أو ليس في أي وقت (من 1 يوم) / بعض أو جزء من الوقت (1 - 2 يوم) / في المناسبات أو وقت متوسط (3 - 4 يوم) / معظم أو كل الوقت (5 - 7 يوم).

التسجيل للنقاط

تحمل الفقرات الفردية أوزاناً مختلفة، واثنتان من الفقرات تعودان تشخيصياً إلى أوقات محددة. هذه السمات تميزها عن غيرها مقاييس الاكتئاب. هناك معادلة تسجيل معقدة نظراً إلى اختلاف الأوزان المستخدمة للفقرات (لمزيد من التفاصيل Burnam et al. 1988).

الصدق

توضح نتائج الاختبار أن الكاشف لديه حساسية عالية وقيمة تنبُئية إيجابية للتعرف على الاكتئاب الحديث، التي تتفق تماماً مع معيار DSM - III (American Psychiatric Association 1987, 1994 ؛ Burnam et al. 1998) . وقد كان أفضل في التنبؤ بالاكتئاب للشهر الماضي مقارنة بالشهور 6 - 12 الماضية. تنوع نقاط تغيير المنحني للكاشف حسنت الحساسية لمدد الانتشار الطويلة (6 و 12 شهراً أو مدى الحياه). تفاصيل النتائج للتخصصية والحساسية للجهاز للنقاط تغيير المنحني قام بنشرها (Burnam et al. 1988).

الثبات

أظهرت نتائج الاختبار - إعادته إلى كلتا فقرتي DIS للكاشف على 230 بالغاً في المجتمع (مقابلة خط أساس للـ DIS ومتابعة تليفونية للقسم الفرعي للاكتئاب الخاص بالـ DIS) أن الموافقة العامة بين كلا فقرتي DIS التي سُئلت على أساس طول العمر كانت 86 % لمدة أسبوعين من الشعور بالاكتئاب، و 91 % لمدة عامين من الشعور بالاكتئاب. ذكر المؤلفون أن الكاشف مناسب للمسح السكاني ومسح خدمة الصحة للمستخدمين. وهو تطوير مبشر؛ يحتاج إلى تغيير بسيط للكلمات، وكذلك لاختبارات قبل تبنيه في أي مكان آخر (Bunam et al. 1988).

تعديل الكاشف وكواشف المشابهة للاكتئاب من بطاريات راند

هناك ثلاث فقرات أساسية في الكاشف تم تطويرها لإدخالها في أحد النسخ الأمريكية للنسخة القصيرة من SF - 36 (وهي SF - 36 D) ترجع الفقرات إلى: (1) اكتئاب في السنة الماضية لمدة أسبوعين أو أكثر (2) اكتئاب لمعظم الأيام لمدة سنتين و (3) اكتئاب

لمعظم الوقت في السنة الماضية لم يتم إجراء أية محاولة على التسجيل المركب للكاشف، ولكن تم استخدام بدلا منها إجابة نعم/ لا للتعرف على المرضى المعرضين للاكتئاب الرئيسي أو الخلل العقلي. "نعم" معناها خطر اكتئاب رئيسي و "نعم" للسؤالين (2) ، (3) معناها خطر الخلل العقلي. تم اختبار أسئلة مماثلة في المجتمعات الكبيرة حددت 89 ٪ من البالغين لديهم أعراض بأمراض نفسية باكتئاب رئيسي أو خلل عقلي (معهد نواتج الصحة (للدراسات المتبادلة سابقًا) 1990).

كانت هناك محاولات أخرى لتطوير استبيان كاشف قصير مبني على اكتشاف التأمين الصحي لتجارب الصحة العقلية لراند. Berwick et al. (1991) طور اختبارًا كشافًا من من 5 فقرات للتعرف على تشخيص أي خلل من الاختلالات الواضحة للـ (DIS) ، وهو يؤدي تمامًا مثل النسخة الطويلة الأصلية (18 فقرة) وكذلك مثل استبيان جولدبرج للصحة العامة 1978 (30 فقرة).

بطارية الصحة الاجتماعية

تطورت بطارية الصحة الاجتماعية بجانب مقاييس راند للصحة المقيِّمة للحالة البدنية والسيكولوجية.

على أساس المراجع مرة أخرى، عرِّفت الصحة الاجتماعية عمليا من خلال التفاعل الشخصي الداخلي. وبطارية الصحة الاجتماعية تقيس الرفاهة الاجتماعية والدعم ويتحقق هذا عن طريق قياس التفاعلات الاجتماعية ومصادرها. والأبعاد الأساسية اثنان، من 11 فقرة للبطارية وهي عدد المصادر الاجتماعية للشخص، وتكرار اتصاله بالأقارب والأصدقاء.

المحتوى

يغطي مقياس الـ 11 فقرة المنزل، الأسرة، الصداقة، الحياة الاجتماعية والمجتمعية. ولا

يغطي الرضا مع العلاقات. وصف المقياس كل من (1982) Donald and Ware.

وتشمل الأسئلة:

كم عدد الأصدقاء المقربين لديك – عدد من تشعر بالراحة معهم ويمكنك التحدث معهم عما يدور في عقلك؟ (تستطيع ضم الأقارب.)

خلال الشهر الماضي، كم عدد من زاروك من الأصدقاء في المنزل؟ (بدون حساب الأقارب.)

كل يوم.

عدة مرات في الأسبوع.

حوالي مرة في الأسبوع.

مرتين أو ثلاث في الشهر الماضي.

مرة في الشهر الماضي.

لا أحد بالمرة في الشهر الماضي.

كم عدد المرات التي تكلمت فيها مع أصدقائك المقربين أو أقاربك خلال الشهر الماضي؟

كل يوم.

عدة مرات في الأسبوع.

حوالي مرة في الأسبوع.

مرتين أو ثلاث مرات.

مرة واحدة.

أبداً بالمرة.

هناك فقرة إضافية تسأل عدد مرات كتابة الرسائل ولكن المؤلفين نصحوا بإغفال هذه الفقرة لقلة عدد من يجيب عنها بالإثبات.

التسجيل للنقاط

نقاط الضمان الاجتماعي الكامل تستخدم كل الفقرات (ما عدا كتابة الرسائل والأسئلة العامة التي تسأل عن كيفية إدارة الأمور مع الآخرين) . هذه النقاط لم يتم اختبارها تماماً للصدق .

الصدق

تم أخذ بيانات عن الصدق من 4603 مقابلة من دراسة التأمين الصحي . وبطارية الصحة الاجتماعية يتم الحكم عليها بواسطة المؤلفين لكي يتم التعرف على صدق المحتوي ، حيث تعكس المكونين الرئيسيين للصحة الاجتماعية المحددة في المراجع . التفاعل البيني الشخصي والمشاركة الاجتماعية . لا يحاول أن يضيف المؤلفون أيًا من المناطق الأخرى للصحة الاجتماعية ، لذا فإن صدق المحتوى جزئي فقط .

تم اختبار صدق المحك باستخدام الفقرات في المقياس و 9 فقرات للتقييم الذاتي للصحة ، قياس الرباط العاطفي ومقياس 9 فقرات سيكولوجية للرفاهة . كانت الارتباطات منخفضة ، يحتاج صدق البطارية شواهد إضافية .

الثبات

الارتباط بين الفقرات منخفض . معاملات الاختبار وإعادة الاختبار متوسط وتقع بين 0.55 إلى 0.68. هناك احتياج لاختبارات أخرى للثبات .

نتائج الثبات والصدق والاعتمادية غير مقنعة حتى الآن ، تحتاج اختبارات أخرى ، المقياس العريض والطبيعة الطولية لدراسة HIS لراند تقدم إمكانات مثيرة لاختبارات أخرى وتطوير للقياس .

مقياس الضمان الاجتماعي

تم تطوير استبيان الضمان الاجتماعي لراند في أثناء MOS (Sherbourne and . Hays

1990) . إنه يعكس تصورات حديثة فكرية على المكونات الذاتية للضمان الاجتماعي، استخدمت نسخة مبكرة من 17 فقرة على 2000 مريض بأمراض مزمنة في دراسة Rand MOS. لهذه الدراسة، تم تفعيل الضمان الاجتماعي بواسطة قياسات رباعية متعددة الفقرات من الانتفاع، عند الحاجة، من 4 أنواع متنوعة من الضمان الاجتماعي للدعم الوظيفي: الدعم الملموس، شاملا الإمداد بالمواد المساعدة السلوكية؛ دعم مخلص، شاملا التعبير عن الحب والإخلاص؛ تفاعل اجتماعي إيجابي، شاملا قدرة الغير على عمل أشياء مبهجة، ودعم عاطفي / معلوماتي، شاملا التعبير الإيجابي، تفاهم متعاطف، وتقديم النصيحة، الإرشاد أو تقارن ارتجاعي (Sherbourne and Hays 1990) . والأخير وصف بأنه هام ليشتمل لأن المؤلفين أحسوا أن هذا النوع من الدعم مفيد لناتج الصحة للأشخاص الذين يعانون أمراضاً مزمنة.

على الرغم أن المؤلفين استخدموا مبدئيًا 17 فقرة للمقياس لكي تمثل الأبعاد، أضافوا تطوراً من نسخة بها 19 فقرة، تشمل تقسيم الدعم العاطفي / المعلوماتي إلى بُعدين، إذًا فالمقياس احتوى على خمسة أبعاد بدلا من أربعة للدعم الاجتماعي (Sherbourne and Stewart 1991; Sherbourne et al. 1992) . والمجالان العاطفي والمعلوماتي تم ضمهما فيما بعد إلى دعم المقياس الفرعي التحتي العاطفي / المعلوماتي بعد تقييم بواسطة ارتباط قالبي متعدد الخواص الذي أظهر تراكب بين الفقرات (Sherbourne and Stewart 1991).

وفي النسخة ذات 19 فقرة، هناك، عن الفقرات على التركيب الدعم الاجتماعي تم ضمهما لتعويض النقص في التركيز على تركيب الشبكة (عدد الأصدقاء المقربين والأقرباء والحالة الاجتماعية) . تطور المقياس ذي 19 فقرة قد أسس على نفس الهيكل المفهومي، نوع الأسئلة، وهي تكوّن مقياس الـ 17 فقرة والذي وصفه (Sherbourne and Stewart 1991) . والمقياس (19 فقرة) هو النسخة الحالية.

والفقرات المختارة كانت مختارة من مجموع 50 فقرة مبنية على مراجعة الأبحاث (Sherbourne and Stewart 1991) . وتعكس الفقرات عن قصد التعبيرات الذاتية للدعم الاجتماعي، أكثر من تراكيب الشبكة الموضوعية (تم حذف الأخير لخفض تعب المستجيب) .

المحتوى

لكل فقرة (في كلتا النسختين للفقرات الـ17 و 19) فإن المستجيبين يُسألون عن عدد ونوع الدعم المتاح لهم عند الاحتياج . ومقياس إجابة اختيار النقاط الخمس لكل فقرة يتفاوت من "ولا أي وقت" إلى "قليل من الوقت" ، "بعض الوقت" ، "معظم الوقت" إلى "كل الوقت" . خمس نقاط اختارهم المؤلفون على أساس مراجعهم البحثية التي حددت من خمسة إلى سبعة مستويات من الإجابة بحتاجها الشخص للتقييم المثالي . مثال من المقياس :

التالي بعض من الأسئلة عن الدعم المتوفر لك .

1 تقريباً كم صديق حميم وقريب حميم لديك (الناس الذين ترتاح لهم وتستطيع التحدث معهم عما يدور في بالك) ؟

اكتب عدد الأصدقاء والأقرباء القريبين :

ضع دائرة حول رقم واحد في كل سطر

لا أي وقت	قليل من الوقت	بعض من الوقت	معظم الوقت	كل الوقت
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

2 شخص يساعدك إذا كنت مقعداً في السرير

3 شخص تعتمد عليه ليسمعك عندما تحتاج إلى الكلام

4 شخص ينصحك نصيحة جيدة عن مأزق

5 شخص يذهب بك إلى الطبيب عند حاجتك لذلك

10 شخص يحتضنك

15 شخص يساعدك في الأعمال المنزلية اليومية عند مرضك

20 شخص تحبه ويشعرك بأنك مرغوب فيك

تسجيل النقاط

كل إجابة ("لا أي وقت" إلى "كل الوقت") تسجل من 1 - 5، وتجمع لإعطاء النقاط الكلية للدعم الاجتماعي (وكلما زادت النقاط زاد مستوى الدعم الاجتماعي).

الصدق والثبات

استخدم Sherbourne et al. (1992) مقياس الـ19 فقرة في دراسة لتأثير الدعم الاجتماعي وتأثير الضغوط الحياتية، على الوظائف البدنية طويلة المدى والرفاهة العاطفيّة لمرضى عددهم 1402 (ضغط الدم، السكر، أمراض القلب، أو الاكتئاب) وقد شاركوا في دراسة النواتج الطبية لراند. وأقر المؤلفون أن المرضى ذوي الدعم الاجتماعي عالي المستوى لديهم مستوى أعلى من الوظائف البدنية والرفاهة العاطفية مقارنة مع ذوي الدعم المنخفض، مما يدعم قدرته التمييزية. بالنسبة لنفس العينات، الفقرات وقد أقر Sherbourne and Stewart (1991) أن الفقرات الـ19 ترتبط من ضعيف إلى متوسط مع قياسات الوحدة، الإدراك الصحي، الصحة العقلية، وقياسات الأسرة والوظائف الاجتماعية. استخدم Bowling et al. (2002) الجهاز في مسح عن نوعية الحياة بين الناس عمر 65 وأكثر في بريطانيا. وكانت نقاط الدعم الاجتماعي الكلي دالة، وتنبئية، استقلالية للتقرير الذاتي لنوعية الحياة، مؤيداً صدق البناء

للقياس. والاتساق الداخلي كان عاليًا (Cronbach's alpha: 0.60) (Bowling and Gabriel 2004).

دراسة (1992) Sherbourne et al. تقدم تقريرًا عن تحميلات العامل المعياري وأنها تتراوح من 0.76 - 0.93 لعامل دعم محسوس و 0.86 - 0.92، لعامل المودة؛ و 0.82 - 0.92، لعامل الانفعال / المعلوماتي؛ و 0.91 - 0.93 لعامل التفاعل الإيجابي؛ نتائج المكونات الأساسية للتحليل العاملي لل 19 فقرة أيضًا دعمت البناء للمؤشر الكلي (أول عامل غير متعاقب يظهر التحميلات العالية لكل فقرة يتراوح من 0.67 إلى 0.88). هذه النتائج تدعم المقياس المحتوي على 4 أبعاد وإعطاء قياس مشترك للدعم الكلي.

قرر (1991) Sherbourne and Stewart أن ارتباطات (بيروسون) بين الفقرات والمقاييس الفرعية قوية تراوحت ارتباطات فقرات المقياس بين 0.72 إلى 0.87 لمقياس الدعم الملموس، 0.80 - 0.86 لمقياس المودة، 0.82 - 0.90 للمقياس العاطفي / الاستعلامي، 0.87 - 0.88 للمقياس التفاعلي الإيجابي. الفقرة الإضافية عن عدد الأصدقاء المقربين والأقارب ارتباطها منخفض إلى متوسط مع كل فقرة داعمة للوظائف (0.18 - 0.23)، مما يوضح حالتها المميزة، لم تشارك الحالة الاجتماعية مع عدد الأصدقاء المقربين أو الأقارب (0.01)، ولكنها كانت عالية الارتباط أكثر مع فقرات الدعم الوظيفي (0.69 - 0.82).

ونتيجة تركيزها على المفهوم الذاتي، فإن المقياس في حاجة إلى أن يضاف إليه مقياس موضوعي لتركيب الشبكة (مثل الحجم، المكونات، عدد مرات الاتصال؛ القرب الجغرافي، الاتصالات بالتليفون / البريد). وعلى الرغم من احتياجه إلى الإضافة وإلى اختبارات أكثر، فهو مقياس واعد ويستحق استخدامًا أوسع لتقييم زائد لخصائصه السيكولوجية؛ وقدراته الثقافية التبادلية. ميزة للمقياس هي احتواؤه على فقرات صحية أكثر من كثير من مقاييس الدعم الاجتماعي للكبار التي طوّرت. معظم

مقاييس الدعم الاجتماعي طورت في الولايات المتحدة الأمريكية، وتحتوي على فقرات ثقافية معينة التي قد تكون غريبة على مجتمعات أخرى، مثال عن شخص يعير المستجيب سيارة).

بطارية مفاهيم الصحة العامة

هذه تسأل المستجيبين عن التقييم الذاتي لصحتهم عمومًا (Stewart et al. 1978; Davies and Ware 1981). كانت هذه معرفة في HIS بالنسبة للوقت (مفاهيم الصحة، قبل، حاليًا وفي المستقبل) وكذلك 3 تركيبات تؤشر لمفاهيم الصحة العامة، بما في ذلك المقاومة أو القابلية للمرض، القلق الصحي والتعود على المرض (إلى أي مدى يتفهم الأفراد المرض كجزء من حياتهم).

هناك قوة رئيسية لبطارية مفاهيم الصحة العامة هي سهولة الأداء. والاستخدام الذاتي لهذا الجزء يستغرق 7 دقائق، وهو ذو استخدام قوي في دراسات تحاول التنبؤ باستعمال الخدمات الطبية.

المحتوى

تحوي البطارية 29 فقرة، 26 منها أُخذت من استبيان مفاهيم الصحة الذي طوره Ware and Karmos (1976) للمركز القومي لأبحاث الخدمات الصحية.

تشمل الفقرات عبارات عن الآراء عن الصحة الشخصية، (مثال، "توقعت أن أحيا حياة صحية جداً") مصحوبة بمستوى خمس إجابات معيارية، معرفة الصح الخطأ: حقيقي تمامًا، حقيقي غالبًا، لا أعرف، غالبًا خطأ، خطأ تمامًا. هذه الفقرات تستخدم في تسجيل ستة مقاييس فرعية تقيّم أبعاداً مختلفة لمفاهيم الصحة، الصحة السابقة، الصحة الحالية، الصحة المستقبلية، القلق المرتبط بالصحة، الاهتمام مقاومة أو قابلية المرض وقابلية رؤية المرض كجزء من الحياة.

مثال للفقرات هو :

أحاول تجنب تدخل المرض مع حياتي

سوف أكون مريضاً بكثرة في المستقبل

لا أحب الذهاب إلى الطبيب

لست صحيحاً كما كنت سابقاً

عندما أمرض أحاول الاستمرار كالعادة

أتوقع حياة صحية جداً

عندما أفكر أنني سأمرض ، أحارب ذلك

مما سبق يتضح من الأسئلة أن التحاليل تحتاج إلى الضبط للفئة العمرية خاصة مع التوقعات عن المستقبل والحالة الصحية الحالية .

التسجيل للنقاط

كل الفقرات تُسَجَّل لإنتاج رقم كلي عالمي ، على الرغم أن التسجيل لم يختبر كاملا للصدق . التوزيع يبدو طبيعياً . أقر Hall et al. (1987) أن قياسات راند أقل انحرافاً عن SIP أو GHQ .

الصدق

نقل قياس مفاهيم الصحة بواسطة المؤلفين بأنه مرتبط ببطارية الصحة البدنية ، العقلية والاجتماعية (لم يتم نقل المعاملات) . في دراسة أسترالية قام بها Hall et al. (1987) بطاريات راند المرتبطة بمفاهيم الصحة العامة تم اختبارها على 160 مريضاً بالإضافة إلى بروفيل تأثير المرض واستبيان الصحة العامة . ارتباط 0.30 - كان العتبة لتقييم العلاقات بين 3 أجهزة . مؤشر راند للصحة العقلية يرتبط ارتباطاً ضعيفاً إلى متوسط مع 3 من

مكونات SIP . (سلوك عاطفي) 0.32 - 0.54 - . وقد قيس نفس البناء إلى حد ما، على الرغم من ارتفاعها . إذا كان 0.50 - هو معامل الارتباط الأدنى لقبول الصدق لمجموعة الدراسات إذن الأجهزة المختبرة لا تصل إلى ذلك (Ware et al. 1980). من جهة أخرى، تم النقل أن GHQ ترتبط عالياً مع بطارية راند للصحة العقلية (0.76 -) .Hall et al (1987 . أوضح المطورون أن نجاح التفريق بين المرض ومرض مزمن أو غير مزمن، كان حساساً للفروق الفردية لشدة المرض، وحساساً للتغير مع الوقت في المجال البدني والوظائف العقلية Hall et al. (1987) نقل من الأجهزة الثلاثة المستخدمة في الدراسة الأسترالية (جهاز راند، والـ SIP والـ GHQ)، أن قياس راند كان له أفضل قدرة تميز كما أنه مفضل من المؤلفين كقياس للحالة الصحية العامة لمجموع السكان.

الثبات

تم تقييم ثبات مقياس استبيان مفاهيم الصحة تمت قياسها عن طريق معامل الاتساق الداخلي وإعادة الاختبار. وقد تم القياس بواسطة المؤلفين باستخدام non HIS للسكان. تقدير الاختبار وإعادة الاختبار للثبات تأسس على البيان المجمع خلال 6 أسابيع من نفس المستجيبين. أوضحت النتائج أن المقياس أكثر ثباتاً من القياسات الفردية الفقرات، على الرغم أن معاملات الاتساق الداخلي (التي لم يتم نقلها) أقل من الاختبار – إعادة الاختبار. وقد زاد الاتساق الداخلي للمقياس بصفة عامة عن 0.50 (أحياناً 0.95). وثبات بطارية مفاهيم الصحة قد قيمت على فترات، 1، 2، 3 سنوات بين الاستخدامات. ومعاملات الثبات الوسطى لسنة، 2، 3 سنوات للبالغين كانت 0.66، 0.59، 0.56 على التوالي.

استبيان الشكل القصير للمسح الصحي (SF - 36)

طور الاستبيان 36 - SF في شركة راند الأمريكية للاستخدام في دراسة التأمين الصحي التجريبي / دراسة النتائج الطبية (HIS/MOS) (Ware et ؛ Stewant and Ware 1992)

al. 1993. وهو استبيان مختصر (36 فقرة) للحالة الصحية، وزاد استخدامه عبر العالم منذ 1990. كان هدف المؤلفين قياساً قصيراً، لكبار السن والحالة الصحية الذاتية التي تكون سليمة سيكولوجياً ويمكن استعمالها في أماكن عدة. ويهدف أيضاً إلى التوصل إلى المعايير النفسية اللازمة لمقارنة المجموعات. اختير أبعاده الثمانية من 40 بُعداً منها MOS، وقد اختيرت لتمثل المفاهيم المثلى للقياس في المسح الصحي، ومن هم معرضون للأمراض والعلاج. معظم فقرات SF-36 أسست على الأجهزة المستخدمة منذ 1970 والثمانينات، بما فيها مؤشر الرفاهة السيكولوجية العامة Dupy's (1984).

والشكل الأقصر SF - 20 (نسخة الـ20 فقرة النموذج القصير). لذلك استخدمت 17 فقرة من الاستبيان المستخدم في HIS، وأضيف إليها 3 فقرات جديدة (Ware et al. 1992). واستخدم في MOS. قرر المؤلفون مد المقياس ليبقى أكثر شمولا مع خصائص سيكولوجية أفضل. هذا أدى إلى ظهور النسخة الأطول SF - 36. وهو يتركب من فقرات تحمل أفضل على التحليل العاملي من 149 فقرة للبطاريات الأطول، مؤسساً على النتائج من أكثر من 22.000 مريض في دراسات Rand HIS/MOS. وتأخذ SF - 36 5 - 10 دقائق للاستكمال وهي ذاتية الاستخدام.

تم توزيع SF - 36 في البداية بواسطة منظمة راند في سانت مونيكا حيث طور، وقبلها بواسطة معهد نواتج الصحة في بلومنجتون. ومازال يوزع للآن راند SF - 36 الأصلي بدون مقابل واسمه مسح الـ36 فقرة للصحة. وشكل مشابه للجهاز وزع فقط بواسطة (MOT) الخاص بمعهد الصحة في مركز نيو إنجلاند الطبي في بوسطن، حيث يعمل أحد مطوريه الأصليين هو John Ware. والجهاز معروف هناك باسم نموذج 36 القصير للمسح الصحي (المسح الطبي SF - 36) Medical Outcones Trust 1993:) Ware et al. 1993) وممنوع تداوله. ويجب على المستخدمين أن يملئوا شهادة استعمال (Licence@qualitymetric.com). ويؤخذ كتيب من موقع النشر Quality Metric.

وتدفع الآن قيمة مادية لاستخدام جهاز الـ MOT . (US, UK ونسخ أخرى (ما عدا في حالات البحث الأكاديمي غير الممول) . وبينما يستخدم جهاز الـ MOT بتزايد في جميع أنحاء العالم، كثير من الباحثين، خاصة من يعملون في الناتج الإكلينيكي، يستمر في استخدامه للنسخة الأصلية التي توزع بدون دفع مصاريف وهي متواجدة في معهد Rand .

ونسخة 36 - SF للمسح الصحي أكثر قياساً مستخدماً للحالة الصحية لكبار السن حول العالم . ومشهور بين علماء الشيخوخة والذين يدرسون نوعية الحياة لكبار السن . (Michalos et al. 2001). وكثير من معايير السكان في بلدان كثيرة تم نشرها عن 36 - SF (Aaronson et al. 1992 ؛ Ware et al. 1993, 1997 ؛ Bullinger 1995 ؛ Sullivan et al. 1995 ؛ Ganddk and Ware 1998) ، وكذلك من المملكة المتحدة (Brazier et al. 1992, 1993 ؛ Garrat et al. 1993 ؛ Jen Kinson et al. 1993, 1996, 1999) . والتغيرات الوحيدة على المقياس الأصلي للنسخة الخاصة بالمملكة المتحدة تشمل تغييراً لغوياً وتغييراً طفيفاً في وضع وتشفير إحدى الفقرات الاجتماعية الوظيفية لتحسين الثبات بالمملكة المتحدة وسهولة الاستخدام. هناك نسخة أخرى مشابهة للأمريكية 2.0 التي طورها (Ware et al. 1997) كما قام (Jenkinson et al. 1999) بتطويرها الذي حسّن الكلمات وخطط المقياس الأصلي، وأضاف إجابات حساسة أكثر للمقياس الفرعي، والذي زاد من ثباته، ورفع الحد الأعلى وقلل الحد الأدنى للمقياس، وحسن الدقة (Jenkinson et al. 1996, 1999). العديد من الباحثين نقل تأثيرات واضحة للحد الأدنى للـ 36 - SF (Riazi et al. 2003) ويمكن شراء نسخة من الكتيب من المملكة المتحدة (Jenkinson et al. 1996) .

المحتوى

36 - SF يحوي 36 فقرة تقيس ثمانية أبعاد : وظائف بدنية ، (10 فقرات) وظائف اجتماعية (2) محدوديات العمل نتيجة مشاكل بدنية (4) محدودات العمل نتيجة

مشاكل عاطفية (3) صحة عقلية (5) طاقة / نشاط (4)، ألم (2) مفهوم صحة عام (5). وهناك فقرة واحدة عن مفاهيم تغيرات الصحة خلال الاثني عشر شهراً الماضية (في الواقع: تعد بعد 9). ويدعى قياس الصحة الإيجابية والسلبية أيضاً.

هناك نسختان موجودتان مع اختلاف الوقت تسترجعان مراجع في الاستجابة لأسئلة الحالة الصحية الحالية – المستجيبون يسألون عن صحتهم في الأسابيع الأربعة الماضية (الأكثر استخداماً) أو (في حالة الحالات الحرجة) خلال الأسبوع الماضي. والأخير أكثر استجابة للتغيرات الحديثة. أمثلة لذلك:

1 عموماً، هل تقول صحتك هي :

ممتازة / جيدة جداً / جيدة / مقبولة / ضعيفة

3 الصحة والنشاط اليومي. الأسئلة التالية عن النشاطات التي تقوم بها في يوم تقليدي. هل تحدك صحتك في تلك الأنشطة؟ إذا كان، ما المدى؟

نعم، حددت الكثير / نعم، حددت قليلا / لا، لم تحدد قط

نشاطات شديدة، مثل الجري، رفع الأشياء الثقيلة، المشاركة في رياضة مجهدة؛

نشاطات متوسطة مثل تحريك منضدة، دفع المكنسة الكهربائية، لعب البولنج أو حمل أشياء (مشتريات)

الطلوع على السلالم عدة طوابق

صعود طابق واحد

الانحناء، الركوع، المشي لمسافة ميل، المشي لمسافة نصف ميل

السير 100 ياردة، الاستحمام، أن ترتدي ملابسك بنفسك

4 خلال 4 أسابيع سابقة: كم مشكلة قابلتها مع العمل أو في الأيام العادية نتيجة لصحتك البدنية؟

حددت الفترة الزمنية التي قضيتها في العمل أو نشاطات أخرى قمت بأقل مما تحب

كنت محدودا في نوع العمل أو النشاطات الأخرى

لديك صعوبة في أداء العمل أو نشاطات أخرى (مثل: قمت بعمل إضافي)

كل الوقت / معظم الوقت / بعض الوقت / وقت بسيط / لا وقت

تسجيل النقاط

الخليط السابق للمقياس وتنوع أشكال الإجابات أربكت المستجيبين وأدت إلى عدم الإجابة على الفقرة. لذا، فإن النسخة الثانية غيرت أشكال الإجابات في أبعاد "العمل البدني" و "العمل العقلي" إلى خمسة مستويات من اختيارات الإجابات، وتغيير مستويات الإجابة الستة لأبعاد الصحة العقلية إلى خمسة مستويات.

يحتاج تشفير الأشكال إلى إعادة التشفير قبل تجميع أي مقياس فرعي لا يجمع المقياس الفرعي سويًا لإحداث نقاط كاملة، بدلا من ذلك فإن النقاط لكل واحدة من الأبعاد الثمانية يتم نقلها. نشرت نقاط الحساب الرمزي المشكل SF - 36 بعد دراسة متأنية لعدد من البدائل. طرق التسجيل المختارة تم اختيارها لسهولتها ولتحسين القدرة لعمل مقارنات للنتائج خلال الدراسات (Ware et al. 1993). في طريقة التسجيل الأساسية، فقرة التسجيل لكل من الأبعاد الثمانية تجمع وتحول باستخدام حساب رمزي. إلى مقياس من صفر (صحة ضعيفة) إلى 100 (صحة جيدة).

التسجيل الأصلي (صفر – 100) تسجيل حساب رمزي للـSF - 36 (المعتمد على التقديرات المجمعة) تم تحسينه من خلال تسجيل أساسه معياري. (معيار متوسط التسجيل والانحرافات المعيارية لمقياس SF - 36) مما سهل السرعة وتفسير نقاط الـ SF - 36 وضعف (Ware et al. 1994) كيف يتم تحويل الخطوط لتحويل النقاط الخاصة

بالمقياس لمتوسط من 50 وانحراف معياري من 10 (في عموم سكان الولايات المتحدة). بهذه الطريقة: فإن، كل مقياس يتم تسجيله لكي يكون له نفس المتوسط (50) ونفس الانحراف المعياري (10). دون الحاجة إلى الرجوع إلى الحساب الرمزي؛ وقيم المقياس تحت 50 تفسر بأنها تحت المتوسط؛ وكل نقطة تمثل عُشر الانحراف المعياري.

تم نقل النتائج كمتوسط نقاط لكل مقياس فرعي، بدلا من توزيع التواتر، على الرغم مما هو معروف في أن المتوسط يميل لتحريف النتائج من خلال انعكاس الأرقام الصغيرة للقيم المنحرفة. على الرغم من قبوله، فإن صدق هذه الطريقة، والاستخدام المتعارف عليه للإحصاء البارامتري لتحليل SF - 36، أصبح تحت سؤال شديد من (Julious et al. 1995)، معطيا التوزيع غير الطبيعي للبيان.

يمكن الحصول على مقياسين ملخصين هما (PCS - 36) تسجيل المكون البدني الملخص و (MCS - 36) تسجيل المكون العقلي الملخص؛ مع ميزة القدرة على خفض عدد المقارنات الإحصائية الممارسة. المقياسان الملخصان يتحصلان على 85% من الاختلاف في الثبات في المقياس الثاني SF - 36 ويعطي نقاطا متوسطة تعكس المقياس ذا 36 فقرة (Jenkinson et al. 1997; Ware et al. 1994, 1995, 1996 b).

هناك مدخل آخر للتسجيل SF - 36 تم تطويره بواسطة Brazier et al. (2002). هذا مؤشر منفعة الصحة، مستخدما 6 تقسيمات أبعاد للحالة الصحية وتسمى SF - 6D. ويمكن استخدم SF - 6D لأية مجموعة بيانات لـ SF - 6D للتقييمات الاقتصادية. (مثال تقدير QALYs). ولكن المقارنة مع SF - 6D ومؤشر منفعة الصحة رقم 3 (HUI3)، الواسع الانتشار، صادق وثابت، متعدد الاستخدام في مقياس منفعة الصحة، أظهر أن الجهازين يختلفان بوضوح في توزيعاتهما ونقاط التقييم ذات المنافع المتعددة (O'Brien et al. 2003) الورطة أن المنافع و QALYs الناتجة من كل جهاز غير متطابقة.

الصدق

نتائج الدراسات التي تختبر بطاريات راند الطويلة نشرت بواسطة Stewart and Ware (1992)، مع التطور التاريخي للـ SF - 6D من هذه الأجهزة هناك عدد كبير من الأبحاث على الخصائص السيكولوجية للـ SF - 6D. حكم Garratt et al. (2002) بأنه أهم جهاز تقييم للحالة الصحية لكبار السن. لكي نضمن الاتساق، سوف يركز هذا التقرير على نتائج المسح الصحي SF - 36. وبنفس الجودة فإن الخصائص السيكومترية قد تقررت في المسح الصحي الأصلي لراند SF - 36 (مثال King and Roberts 2002 ؛ Lowrie et al. 2003 ؛ Oga et al. 2003).

الكتيبات وثبت المراجع للمسح الصحي للـ SF - 36 تشير إلى أهم الدراسات التي تقرر الخصائص السيكومترية للأجهزة (Shily et al. 1996; Ware et al. 1993, 1997). المشروع الدولي لتقييم نوعية الحياة نشر الخصائص السيكومترية للنسخ المترجمة والمختبرة للـ SF - 36 في الاستخدام الدولي (Gamdek and Ware 1998). النتائج الخاصة بالدراسات البريطانية للثبات والصدق للـ SF - 36 لخصت بواسطة (Jenkinson et al. 1999, 1996). قارن Bowling et al. (1999) مختلف الحسابات النسبية للبريطانية SF - 36 ونقد اختلافاتها في طرق الاستخدام، محتوى المسح وترتيب الأسئلة. وتساوي استنتاجه مع استنتاج (McHorney et al. 1994) و Lyons et al. (1999) الذي قرر خفض التقرير للمشاكل الصحية باستخدام SF - 36 في المقابلات الشخصية مقارنة بالمراسلات البريدية، خاصة في مجال الصحة العاطفية والعقلية.

على أساس نتائج مسح بريدي في المملكة المتحدة (Brazier et al. 1999) قرر أن SF - 36 أكثر حساسية في ترتيب الصحة الضعيفة، عن مجموعة (EuroQol Group 1990) وبروفيل الصحة لنوتنجهام (Hunt et al. 1986). حذر المؤلفون من أن هناك

معدل عالٍ من الفقرات بدون استجابة بين كبار الأفراد وهو ما أكده أيضاً Sullivan et al. (1995) على أساس عينة المسح البريدي السويدي. لكن، تضاربت التقارير. وفي مسح أخير بواسطة Walters et al. (2001) على 1000 شخص من الكبار 65 وأكثر مسجلين في عيادات عامة عددها 12 وكان معدل الاستجابة 82% ومعدل استكمال الأبعاد بين 86.4% - 97.7% . وجد الباحثون في الولايات المتحدة الأمريكية إجابات جيدة لكبار السن (معهد نواتج الصحة 1990) . Lyons et al. (1994, 1997) قرر أن استجابة الفقرات كانت جيدة بين كبار السن في المملكة المتحدة عندما كان الجهاز قائماً على المقابلات أفضل من ذاتي الاستخدام، كما ميزت الاستجابات ذوات العلامات الصحية الضعيفة ومن بدونها، وهذا يدعم بناء الجهاز للصدق.

وفي مستوى أعلى، قرر (Hill and Harries 1994) و (Hill et al. 1995) وجود عيوب شديدة في الجهاز عند استخدامه لنواتج رعاية الصحة لأفراد عمرهم 65 أو ما يزيد في بعض المجتمعات في المملكة المتحدة. وقرر المستجيبون (الذين يميلون إلى المستويات العليا للأمراض المشتركة ووظائف بدنية ضعيفة) خلال مقابلات أن SF - 36 لا يعكس قيمهم. في منطقة ما، وسيط نقاط الوظائف البدنية للمجموعة كان صفراً (أسوأ وظيفة)، أي أن المجموعة على حافة المقياس، بينما ظهر تحسن مؤثر في هذه المجموعة من حيث الوظائف البدنية، وبذلك فظهور تحسن في النقاط؛ كان غير مناسب؛ كان هناك تقرير أن القياس فقد بعض المتغيرات الهامة للأفراد. وهذا يؤكد جدال كل من Hunt and McKenna 1993 في أن التطور واختبار SF - 36 اعتمد كثيراً على التقنيات السيكومترية على حساب الاستشارات الخطيرة للناس غير المتخصصين لرأيهم في الجهاز.

وفي دراسة 745 مختاراً من مرضى (غير القلب) في بوسطن قرر Mangione et al. (1993) أن SF - 36 مقياس المفهوم الصحي لديه أعلى ارتباط بمقياس النشاط

والتعب (r = 0.45) ؛ ارتباطه متوسط مع الصحة العقلية (r = 0.35)، الوظائف الاجتماعية (r = 0.32) والوظائف البدنية (r = 0.33) وأقل ارتباطًا بالألم (r = 0.23). وهذه النتائج تدعم المكونات المميزة للمقياس الفرعي للمفاهيم الصحية ومن ناحية أخرى، فإن هذه الارتباطات المتوسطة إلى ضعيفة بين المتغيرات التي يتوقع أن تكون أعلى من حيث الارتباط (المفاهيم الصحية والمجالات المتعددة للحالة الصحية) تقترح أيضًا أن بطارية المفاهيم الصحية قد تكون لديها صدق مجمع ضعيف.

كما قرر Mangione et al. (1993) أن SF - 36 قادر على التمييز بين المجموعات الجراحية (جراحة رئيسية منتخبة غير قلبية)، وبين المرضى الصغار والذين عمرهم 70 وفوق ذلك بالنسبة لوظائف العمل: الطاقة، التعب، الوظائف البدنية (وكان للمرضى الأكبر سنًا تسجيلات نقاط أضعف في هذه الحالات). قرر Ware et al. (1993) في كتيب الـ SF - 36، دراسات تظهر أن الاختبارات الصدق، كان SF - 36 قادرًا على تميز المجموعات ذات الأمراض البدنية (قدم مقياس الوظيفة البدنية الفرعية أفضل ما لديه وميز المقياس الفرعي للصحة العقلية بين المرضى بأمراض صحة عقلية في أفضل حالاته). والباحثون في جرامپيان قرروا أن مختلف الأحوال الطبية ألم أسفل الظهر، ازدياد الطمث، اشتباه في قرح المعدة ودوالي الأوردة) تؤدي نقاطًا مميزة تشير إلى أن SF - 36 يمكنه التمييز بين الحالات (Garrat et al. 1993) وفي دراسات أخرى للمؤلفين قرروا متوسطات المقياس للمرضى واستجابة جيدة للتغير في الأحوال الإكلينيكية (Ruta et al. 1994 a; Garrat et al. 1994). والمقياس الفرعي للصحة العقلية لديه صدق مؤثر. مثال، كان مرتبطًا فيما بين 0.92 - 0.95 مع اختراع الصحة العقلية التامة لعينات مختلفة من HIS (Steaart and Ware, 1992; Davies et al. 1988). الارتباطات بين SF - 36 وقياس الرفاهة السيكولوچية العامة (Dupuy 1984) تراوح بين r = 0.19 إلى r = 0.60، بمتوسط r = 0.36. قدم Ware et al. (1993) البيان من

دراسات عديدة توضح أن ارتباطات المقياس الفرعي مداها من ضعيف إلى قوي: وقرروا أن الارتباط القوي بين المقياس الفرعي للوظائف البدنية وما يوازي من مقاييس فرعية لـ SIP, AIMS, و NHP (0.52 إلى 0.85) كانت هناك ارتباطات قوية بين المقياس الفرعي للصحة العقلية وغيرها من المقاييس الفرعية في السيكولوجية (وكان المدى r = 0.51 إلى r = 0.22) والدراسات الطولية للمجتمع في المملكة المتحدة أوضحت أن SF - 36 حساس للمستجيبين في التغيرات قصيرة المدى للحالة الصحية (Heming Way et al. 1997) .

ليست كل النتائج جيدة (Anderson et al. 1993) مثال: في مقياس ألم الجسم كان النقل بأن لديه صدقا مجمعا ضعيفا عند اختباره ضد شدة المرض ونقاط الألم المستقل في حالة الركبة (McHorney et al. 1993) . وفي دراسات أخرى قد قرروا تأثيراً أرضياً في مقاييس وظائف العمل للمرضى بشدة، حيث إن 25 - 50 % منهم كانوا قد حصلوا على أقل نقاط ممكنة، وأن الحالات المتدهورة لا يمكن تحديدها بالمقياس (Kurtin et al. 1992) . وفي مقارنة مئوية لمجموعة HIV كانت 63 % (Watchel et al. 1992) . اقترح Anderson et al. (1993) أن شفرات الفقرة قد يحدث لها تأثير سقفي حيث تظهر جافة جداً للتعرف على ما يحدث لها من تحسن. والتحرر في نقاط الفقرات في النسخة الثانية لـ SF - 36 يجب أن تخفف من حدة هذه المشكلة.

قرر باحثون آخرون أن هناك تميز بسيط للقوى بين النساء اللاتي يتلقين معالجات مختلفة لسرطان الثدي المرحلة الثانية (Guyatt et al. 1989; Levine et al. 1988) . مقياس الوظائف البدنية يركز أيضاً على الحركة على حساب المناطق الأخرى للوظائف (مثال المنزلية)، مؤدياً إلى ضرورة إضافته مع مقاييس أخرى لدراسة الأشخاص ذوي الحالات المزمنة التي تؤثر على وظائفهم (التهاب مفصلي روماتويدي) وقد تتغير حساسيته مع نوع المرض. SF - 36 والمقياسان الملخصان قررا بوجود صدق جيد في

بعض المناطق الإكلينيكية، كانوا قادرين على التعرف على تحسن في حالات المرض بعد عمليات جراحة القلب (Sedrakyan et al. 2003)، SF - 36 كان مرتبطًا مع شدة فقد السمع في الاتجاه المتوقع (Dalton et al. 2003) ومؤشر مرضى Crohn's للنشاط (Kiran et al. 2003). مقياس الصحة العقلية وملخص مقياس MVS قررا بأنهما ذوا قيمة لتحديد الأمراض النفسية، خاصة الاكتئاب (Ware et al. 1994).

الثبات

قد قرر في المملكة المتحدة Brazier et al. (1992) معامل ارتباط داخلي في المقاييس الثمانية تتراوح من (0.60 إلى 0.81) بمتوسط (0.76). كما قرروا ارتباطًا عاليًا بين الفقرات للمقياس الفرعي (مثال الصحة العقلية). قرر Jenkinson et al. (1993) أن للمقياس اتساق داخلي بين الأبعاد، وكان Chronbach's alphas بين (0.76 و 0.95) Garratt et al. (1993) قرر أن الاتساق الداخلي بين الفقرات يزيد عن 0.80 مع Chronbach's alphas والارتباط بين الفقرات الداخلية يتراوح بين 0.55 إلى 0.78. كانت كل معايير الإحصاء ذوات مستوى مقبول. وفي مسح الناس في سن 65 وأعلى (Wallters et al. 2001) قرر أن Cronbach's alpha تزيد عن 0.80 لكل الأبعاد تزيد عن 0.80 لكل الأبعاد ما عدا الوظائف الاجتماعية. Ware et al. (1993) درس 14 دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية والتي تحلل الثبات للـ SF - 36. معاملات الثبات للاتساق الداخلي مداها 0.62 إلى 0.94 للمقاييس الفرعية، لاختبار - إعادة الاختبار الثبات وكانت المعاملات تتراوح ما بين 0.43 إلى 0.90 ولثبات الشكل المتغير كان المعامل 0.92. وبالنسبة للاتساق الداخلي، كان الكل ما عدا 11 مُعاملا ذكروا في دراسات بالولايات المتحدة والمملكة المتحدة تتعدى 0.70 معيار اقترحه Nunnally (1978). وكان الثبات المقدر لنقاط الملخصين عمومًا يزيد على (Ware et al. 0.90 1994). قرر (Meyer - Rosenlery et al. (2001 أن SF - 36 لديه اتساق داخلي مرتفع

لمعاملات الثبات عن بروفيل الصحة لنوتنجهام الذي كان مستخدمًا سابقًا في بريطانيا وأوروبا، والارتباطات بين الجهازين كانت متوسطة تعطي بذلك دعمًا للصدق المجمع. وكان الـNHP لديه فقرات إضافية على الألم والنوم التي كانت ممثلة لمجتمعها من مرضى الألم. اختبر Seymowr et al. (2001) الاعتمادية في الـ SF 36 لعينة من 300 من كبار السن ممن يتم تأهيلهم ووجدت النتيجة غير جيدة عما سبق تقريره في دراسات سابقة. كانت Cronbach Alphas للأبعاد الثمانية للـ SF - 36 تتراوح بين 0.54 (وظائف اجتماعية) إلى 0.933 (آلام جسدية) للمرضى الطبيعيين معرفيًا، وأقل قليلا للمرضى المصابين معرفيًا (0.413 - 0.861). وكانت القيم عالية بوضوح بين المجموعة الطبيعية للألم الجسدي، الصحة العقلية، الأبعاد العاطفية العملية، معاملات الثبات للاختبار وإعادة الاختبار كانت عالية للمجموعة الطبيعية (على الأقل 0.7 حصلت عليها 5 أبعاد من الثمانية) مقارنة بالمجموعة المصابة (0.7 حصلت عليها 4 أبعاد من 8).

قرر أيضًا Ware et al. (1993) أن نتائج التحليل العاملي للـ SF - 36، قد أعطت دليلا قويًا لمفهوم الصحة بالنسبة SF - 36، وأشارت أن بعض المقاييس تقيس بصفة أساسية الصحة البدنية، والبعض يقيس الصحة العقلية والآخر يقيس كلتيهما. وقرر أيضًا Garratt eta l. (1993) أن النتائج للتحليل العاملي هي التي تؤكد أبعاد المقياس الواضحة.

SF - 36 هو أكثر المقاييس للحالة الصحية شيوعًا في العالم: نظرًا إلى قصره، وتغطيته للحالة الصحية الشاملة. هذه القياسات المعيارية تسهل المقارنة بين المجتمعات وتقييمات نواتج المرضى. نظرًا إلى تغطيته للصحة الاجتماعية، البدنية، والعاطفية ويستخدمه باحثون كثيرون كمقياس أولي لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة. كثير من المقاييس الخاصة بالأمراض توصي أيضًا استخدامه كقلب لكبار السن (انظر Bowling

2001 و Measuring Disease) . ترجمات المقياس متاحة فيما يزيد عن 50 لغة، وكل من المقاييس المترجمة قد تتماشى مع بروتوكولات حازمة لهذه العملية . (أي معلومات عن الترجمات، وكذلك خدمة تسجيل النقاط على الخط الساخن للإنترنت والبيان التقييمي الناقص، كل هذا متوفر على الموقع http://www.SF-36.com أو على www.qualitymetric.com) .

يمكن SF - 36 أن يكون مستخدمًا ذاتيًا، أو بمقابلات ؛ أو تليفونيا أو عن طريق الكمبيوتر، ويحتاج إلى خمس دقائق للانتهاء منه . قرر Ryan et al. (2002) أن 71% من المستخدمين (الأصحاء منهم والمرضى بآلام مزمنة) الذين استكملوا النسخ الإلكترونية والورقية يفضلون النسخ الإلكترونية .

استبيان الشكل القصير - 12 للمسح الصحي (SF - 12) واستبيان الحالة الصحية - 12 (HSQ - 12)

نسخة الاثنتي عشرة فقرة (SF - 12) (Ware et al. 1995, 1996 a) و ط 1996 و http://www.sf-36org و http://www.qualitymetric.com/sf-36 وكذلك تم تطوير نسخة الاثنتي عشرة فقرة لاستبيان راند (HSQ - 12)، التي أعيد تطويرها باسم Rand 12 (انظر http://www.rand.org) (Radosevich and Pruitt 1995). وهي نسخة من صفحة واحدة من SF - 36 تحتاج إلى دقيقة لإنهائها . تشمل 12 فقرة لكلتا النسختين التقييم الذاتي للصحة، الوظائف البدنية محدودية الدور البدني، محدودية الدور العقلي، الوظائف الاجتماعية، فقرات الصحة العقلية والألم . هناك نسخ معيارية 4 أسابيع وأخرى لمدة أسبوع متوفرة، هذه الفقرات الاثنتا عشرة تعطي بروفيل المقياس الثماني للـ SF - 36 ولكن مع مستويات قليلة ونقاط أقل دقة ؛ كما يتوقع بالقرارات الأقل (مثال بعض المقاييس الفرعية لديها فقرة أو فقرتان فقط) .

Ware et al. (1996 a, 1996 b) قرر أن الفقرات الـ 12 التي اختيرت لتنضم إلى

SF - 12 (ولها نظام حسابي مُحسن للتسجيل) ، على أساس خصائصها السيكومترية ؛ كانت قادرة على إنتاج على الأقل 90% من التنوع في المقاييس الفرعية البدنية والعقلية للـ SF - 36 ، وقادرة على إنتاج البروفيل للأبعاد الثمانية SF - 36 . وقد جادلوا بأن نموذج المجتمع للـ SF - 36 لملخص القياسات (PCS-36 and MCS-36) يمكن استخدامه كنموذج ملخص قياسات المقياس SF - 12 . ولأن SF - 36 هو مجموعة فرعية للـ SF - 36، وترجمات SF - 36 متوفرة ويمكن استخدامها في SF - 12 . ونتائج صدقها وثباتها جيدة . وقد استخدمها Lim and Fisher في دراسة على 2000 مريض قلب وسكتة دماغية في أستراليا . وكانت SF - 12 قادرة على التفريق بين المجموعات العمرية ، الطوارئ مقابل الدخول المخطط للمرضى ، ذكور ونساء والمرضى مختلفي مدة الإقامة في المستشفيات . بينما ، هم أقروا بأن له معدلا عاليًا غير كامل ، تحذير ضد استخدامه لهؤلاء المرضى . ودراسة Salyer et al. (2000) في الولايات المتحدة الأمريكية لعينة من الناس بأمراض عقلية شديدة وجدت أن SF - 12 قد ميز هذه المجموعة عن السكان العاديين . وكان ثابتًا على مدى أسبوع . والنسخة الخاصة بمقياس الفقرات الاثنتي عشرة (Rand. 12) أعيد تطويرها ، وملخص مكونات الصحة البدنية والعقلية جاهز . وملخص النقاط عمل بشكل أحسن من ملخص نقاط SF - 12 (معتمد من موقع Quality Metic) في التمييز بين مرضى السكر بمختلف شدته (Johnson and Maddigon 2004) . وكتيب استخدام SF - 12 يسرد أكثر من 40 ترجمة للـ SF - 12 . ونقاط الحساب النسبي التي تشمل استجابات الفقرات الموزونة ، جاهزة مع الكتيب . بما أن SF - 12 أقصر فهو أقل دقة من SF - 36 ومناسب أكثر للاستخدام مع العينات الأكبر حيث يراقب ناتج صحة أعرض (Ware et al. 1996b) .

الفقرات التي اشتملت في HSQ - 12 كانت مشتقة باستخدام التحليل الارتدادي على البيان لأكثر من 4000 مستجيب لنسخة الفقرات الـ 39 من الاستبيان .

تم استخدام الارتداء الخطي لاختيار المجموعات الأولى من الأسئلة التي تشمل حوالي 95% من التنوع في نقاط المقياس الكلية.

(Radosevich and Husnik 1995). وقد كرر المطور تأكيد فقرات المقاييس الفرعية البدنية والصحة العقلية حيث إنها الأكثر حساسية لتمييز الحالات الطبية والنفسية. (McHorney et al. 1993). وقد تم اختبار الجهاز ميدانيا أمام بطارية النسخة الطويلة 39 فقرة من 36 - SF على بعض مرضى القلب والأصحاء من السكان (Radosevich and Pruitt 1995). قد شارك أكثر من 800 مستجيب في اختبارات الثبات. معاملات الثبات المتكرر للشكل القصير (12 فقرة) والطويل (39 فقرة) كانت أكثر من 0.53 في كل المقاييس.

تم اختبار 12 - SF و 12 - HSQ في بريطانيا (Bowling and Windsor 1997؛ Jenkinson and Layte 1997؛ Jenkinson et al. 1997؛ Pettit et al. 2001). في مسح مجتمعي نفسي لعدد 1000 شخص في لندن، قرر Pettit et al. (2001) أن HSQ - 12، وليس 12 - SF يمكنها التمييز بين الناس سواء لديهم جنون أو خالون منه. وفي الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة، تعكس 12 - SF النسخة المراجعة في 36 - SF (النسخة الثانية) أنّ (Jenkinson and Layte 1997) قررا أن النسخة 12 - SF لملخص النقاط أنتجت نتائج مشابهة لملخص النقاط لـ 36 - SF الأطول.

استبيان الشكل القصير - 8 للمسح الصحي (SF - 8)

يحتوي 8 - SF كما يظهر من اسمه على ثماني فقرات فقط. وهو يعتمد على فقرة واحدة لقياس كل من الأبعاد الثمانية للحالة الصحية في 36 - SF. وقد بني على أساس دراسات تجريبية تربط كل فقرة استبيان بعدد متكامل من الأسئلة كثيرة الاستخدام، شاملة 36 - SF، التي تقيس نفس مفهوم الصحة. كل فقرة تم معايرتها على نفس

القياس لقياس 36 - SF المقابل. كما في حالة نسخ الـ36 فقرة و 12 فقرة، فإن النسخ المرجعية 4 أسابيع وأسبوع متواجدة وكذلك نسخ استدعاء 24 ساعة. لذا فإن 8 - SF هو نسخة الفقرات الثمان من 36 - SF وتعطي 8 أبعاد مقارنة من البروفيل الصحي وتقديراً لنقاط الملخص البدني والعقلي. وقد تم ترجمته وتصديقه للاستخدام في أكثر من 30 دولة. ويوجد كتيب للتعريف (كيفية التسجيل وتفسير القياس للفقرة الواحدة من الحالة الصحية: وكتيب لاستخدام مستخدم المسح الصحي 8 - SF – انظر الموقع على الإنترنت www.sf-36.orgltools/SF8.shtml) . وينظر إليه على أنه عملي وجهاز كفء للاستخدام في دراسات المجتمع (Turner-Bowker et al. 2003) .

رسوم بيان دارماوث كوب

هذه الرسوم البيانية تطورت بواسطة مجموعة من الأطباء في المجتمع كانوا يهدفون إلى إنتاج جهاز موجز، بسيط، صادق وثابت ويمكن استخدامه بسهولة في أثناء استشارة المريض الطبيب.

والنسخة الأمريكية الأصلية للرسوم تحوي 9 أقسام (أو رسوم) : 3 عن الوظائف (الاجتماعية، البدنية، العملية)، 2 على الأعراض المرضية (ألم، حالة انفعال)، 3 عن المفاهيم (تغير في الصحة، الصحة العامة ونوعية الحياة) وواحدة على الدعم الاجتماعي (Nelson and Berwick 1989 ؛Nelson et al al. 1987, 1900a,1990b) . اختارت المنظمة العالمية لأطباء العائلة (WONCA) الرسوم البيانية على أنها مجموعة دولية من الأجهزة معترف بها ذاتية الاستخدام لقياس الصحة والحالة الوظيفية في استشارات للعناية الأولية وأسموها Darmouth Coop رسوم بيان تقييم الوظائف الصحية WONCA واختصارها رسوم بيان (Van - Weel COOP/WONCA Et Al. 1995: Scholten and Van Weel 1992) . انطلقت دراسة جدوى في 7 دول بواسطة WONCA (Landgraf and Nelson 1992). رروجع الجهاز واشتمل على

ستة وليس 9 رسوم بيان وأعيد تسمية كل رسم: لياقة بدنية، إحساس، نشاط يومي، نشاط اجتماعي، التغير في الصحة والصحة الكلية. ولم تشمل نسخة WONCA رسوم الألم، نوعية الحياة، الدعم الاجتماعي. وكذلك تم عمل مراجعات أخرى لكلمات الأسئلة وإجاباتها (van Weel and Scholten 1992). لخص تاريخ التطور للرسوم Anderson et al. (1993). ويوجد كتيب لطريقة الاستخدام على موقع المطوّر (www.globalfamilydoctor.com/publications/ coop-woncacharts/COOP-WONCHCACH).

المحتوى

تحتوي النسخة الأمريكية الأصلية الكاملة على 3 رسوم بيانية على الوظائف (الاجتماعية، البدنية، وظائف العمل)، 2 للأعراض المرضية (ألم، حالات الانفعال) 3 على الإدراك (تغير الصحة، الصحة الفعلية ونوعية الحياة) واحدة على الدعم الاجتماعي. كما سبق فإن نسخة WONCA تحتوي على 6 وليس 9 رسوم وكل رسم أعيد تسميته: اللياقة البدنية، الشعور، نشاطًا يوميا، نشاطًا اجتماعيا، تغيرا في الصحة والصحة الكلية. كل رسم يحوي عنوانًا، سؤالا مرجعيًا لحالة المريض، ومقياسا ترتيبيًا المستوى به 5 نقاط استجابات تتراوح من "لا محدودية بالمرة (1)" إلى "حدود قصوى (5)" كل شكل موضح برسم. كل فقرة تدرج على مقياس النقاط الخمس.

الرسوم البيانية الأمريكية الأصلية أخذت الأسابيع الأربعة السابقة حيث إن الوقت كمرجع للفترات لكل سؤال، ولكن نسخة WONCA أخذت أسبوعين. (مثال: "خلال الأسبوعين الماضيين... ما هو أصعب نشاط بدني يمكنك عمله لمدة لا تقل عن دقيقتين؟"). كل رسم له اختيارات ذاتية للنقاط الخمس (مثال: ردا على السؤال السابق مثال لفقرة، الإجابة هي "ثقيل جداً الجري مثلا، بخطوة سريعة (1)" إلى "خفيف جداً مثال: السير بخطوة بطيئة أو غير قادر على السير (5)"، "لا صعوبة أبداً"

إلى "عدم القدرة على الأداء" ؛ "تحسن أكثر" إلى "سيئ جداً") . والمشكلة في هذا الرسم البياني هي أن أمثلة النشاطات لكل فقرة استجابة (جري، جري بطيء، سير) لا تتناسب منطقياً مع الإجابة للفقرات الموصوفة (ثقيل جداً إلى خفيف جداً) : كيف يجري الشخص بطريقة "ثقيل جداً"؟ كيف يمكن لعدم القدرة على السير أن يتناسب منطقيا مع شفرة الإجابة "خفيف جداً"؟ . شفرة الإجابة تستحضر صور القوة بدلا من الحركة. يؤدي هذا إلى إرباك مفهومي. والرسوم الخمسة الأخرى لا تعاني من هذه المشكلة.

الرسوم التوضيحية (أشكال عصي، وجوه، رموز، زائد وناقص وعلامات أسهم) . تضاف إلى كل رسم بياني، لكي ترسم خيارات الإجابة (.Nelson et al 1987) . طورت هذه للاستخدام مع الرسم الأصلي للمساعدة في جذب المستجيبين للمقياس (Nelson et al. 1987)، وكذلك نظر إليها كمساعدة لنسخة WONCA عند استخدامها مع مجتمع ذي درجة عالية من الأمية (van Weel et al. 1995). والرسوم تستخدم ذاتيا . وسؤال اللياقة البدنية (نسخة WONCA) تتضح أسفل.

رسم اللياقة البدنية :

خلال الأسبوعين الماضيين . . .

ما هو أصعب نشاط بدني أمكنك فعله على الأقل لمدة دقيقتين؟

ثقيل جداً



مثال : الجري بخطوة سريعة

ثقيل



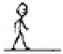
مثال : الجري بخطوة بطيئة

متوسط



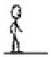
مثال : السير بخطوة سريعة

خفيف



مثال : السير بخطوة متوسطة

خفيف جداً



مثال : السير بخطوة بطيئة أو غير قادر على السير

تسجيل النقاط

النقاط لكل رسم لديها 1 يوازي مستوى الوظائف الأحسن، وخمس يوازي مستوى الوظائف الأسوأ. يمثل كل رسم مجالاً محدداً والرسوم البيانية لا تجمع لتكوين تسجيل كلي. (Nelson et al. 1990a, 1990b). وقت الاستخدام للرسوم البيانية التسعة خمس دقائق. ترجمة الرسم إلى 20 لغة.

نصح المطورون الباحثون باستخدام الإحصاءات الوصفية (توزيع التواتر للنتائج الحالية للرسوم، ولا تبرمج المتوسطات، الانحرافات المعيارية أو أية تقنيات إحصائية أخرى، لأن الرسوم بنيت على مقاييس ترتيبية. لكن الباحثين عالجوا المقاييس مفترضين أنه يمكن ترجماتها إلى مستوى بيني للمقاييس. يقبل المطورون هذا التطور. وهو نظام شائع في تحليل مقياس الحالة الصحية.

الصدق

الرسوم البيانية الأصلية لدارماوث تم اختبارها أولاً على أكثر من 1400 مريض مع

مجموعات مختلفة للحالات من أربعة مراكز طبية في الولايات المتحدة الأمريكية (Nelson et al. 1987). والدراسات التي تمت، اعتماداً على نسخة دارماوث، قد قررت مناسبة الرسم للاستخدام كمقياس للناتج الإكلينيكي وكمسئول عن التغير في آلام الظهر ومستويات اللياقة البدنية والقدرة للأشخاص بعمر 65 وأكبر (Wollstadt et al. 1997; Bronfort and Bouter 1999; Aure et al. (2003

في هولندا نسخة WONCA اختبرت على 5000 مريض وكذلك فإن نموذجهم السكاني قد نُشر (van Weel et al. 1995; Scholten and van Weel 1992). طرق الاختبار نسخة WONCA تم تلخيصها بواسطة van Weel and Scholten (1992) و van Weel et al. (1995) تدعيمًا للثبات المجمع النسخة WONCA: الرسوم البيانية على الوظائف والشعور قد قرروا للارتباط الجيد بالمقاييس الأخرى للوظائف البدنية والعاطفية بالتوالي مثل مؤشر بارثل ومقياس زنك للاكتئاب (Schuling and Meyboon-de Jonc 1992). الاختبار السيكولوجي لنسخة WONCA للمقياس بين مجموعتين في هولندا (إحداها بمتوسط عمر 43، والأخرى 60 وأعلى)، وقد قرروا في أن مجموعة العمر الأصغر، رسم اللياقة البدنية والنشاط اليومي ترتبطان وسطيًا إلى وسط جيد مع الحركة البدنية للمقياس الفرعي لبروفيل الصحة لنوتنجهام عند 0.53 و 0.66 بالتوالي: ومع راند 36 SF وظائف بدنية للمقياس الفرعي عند 0.52 و 0.55 بالتوالي. وارتبط رسم بيان الأحاسيس على نحو متوسط جيد مع استبيان جولدبرج للصحة العامة (0.63) والمقياس الفرعي للصحة العقلية لراند 36 - SF (0.71). ارتبط رسم بيان الصحة الكلية بشكل متوسط جيد بالصحة العامة للمقياس الفرعي لراند 36 - SF (0.62). والنتائج لمجموعة العمر 60 وأعلى كانت أضعف. وكانت المقارنات مع راند 36 - SF قد قررت لهذه المجموعة. رسم بياني النشاط اليومي واللياقة البدنية ارتبطا ارتباطًا ضعيفًا لمتوسط مع الوظائف البدنية للمقياس

الفرعي لـ SF - 36 (0.57 و 0.31) على التوالي، رسم بياني الأحاسيس ارتبط أقوى مع المقياس الفرعي للصحة العقلية SF - 36 (0.76)، وارتبط رسم بياني الصحة الكلية بمتوسط جيد للصحة العامة بالمقياس الفرعي للصحة العامة لـ SF - 36 (0.67). الاستجابة للتغير قد بحثت باستخدام البيان من دراسات دانماركية ورباعية طولية. وأوضحت البيانات أن الرسم يختلف من حيث الاستجابة للتغير بالتشخيص (van Weel et al. 1995). الدليل على الاستجابة للتغير محدود، على الرغم أن الدراسات أوردت أن الرسوم البيانية مسئولة عن التحسن للمرضى الكبار مع مدى الحالات (van Weel et al. 1995).

أداء الرسم البياني الواحد أعلى قيمة من التعرف على الفرق بين الحالة الوظيفية عن مقياس الحالة الصحية المتعددة الفقرات؛ على الرغم من أن مجموعة الرسوم البيانية الكلية تؤدى جيداً معًا بالمقارنة مع دراسة النواتج الطبية لراند قصيرة الشكل للقياس (Meyloom-de Jong and Smith 1990). وأوضح مستوى أعلى من الحساسية عن (Hunt et al. 1986) بروفيل نوتنجهام للصحة (Coates and Wilkin 1992). تأثير الأشكال في زيادة الحساسية، أكثر من انحرافات المستجيبين بطريقة ما، خاصة في مجال اختلاف الثقافة غير المؤكد (McHorney et al. 1992).

الثبات

ارتباطات الاختبار – إعادة الاختبار في مدة 4 أسابيع في دراسة ألمانية قد قررت أن تكون ضئيلة (0.62 - 0.42) (van de Lisdonk van Well 1994) هذه النتائج أعطت صدى للارتباطات المنخفضة للاختبار – إعادة الاختبار الذي قرر لأجل الرسم الأصلي (Meyboom - de Jong and Smith 1990). وفي دراسة دانمركية، مع فترات بينية مدتها ثلاثة أسابيع، كانت أقوى (0.67 - 0.82) وكانت Kappa (0.49 - 0.59). وبعد سنة وصلت (0.36 - 0.72) وكانت Kappa (0.31 - 0.38) (Meyboorn-de Jone and Smith 1990).

الارتباطات المتبادلة في الخريطة لنسخة WONCA تتراوح بين (0.15 و 0.66) (van Weel et al. 1995). تحليل متعدد الطرق والأساليب قد قرر أن رسوم البيان البدنية ورسوم بيان الوظائف العملية عالية الارتباط، مقترحًا مجالا مشتركا؛ بينما رسوم الحالة العاطفية والدعم الاجتماعي أكثر استقلالية، مقترحًا قياسها مختلف المجالات للوظائف (Landgraf et al. 1990).

على الرغم شهرتها في الدراسات التي بنيت على الممارسة العامة (Harvey et al. 1998). فإن الرسوم البيانية لم تكن قد درست بطريقة مرضية لنواحي الخصائص السيكولوجية، والتفاصيل الخاصة بالرسم البياني بالتصميم البحثي التي على أساسها تم الاختبار كانت غالبا ناقصة (انظر ما كتبه Anderson et al. 1993). التخلص العمدي من الألم، الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة من نسخة WONCA القصيرة، بقصد الاختصار، كان مؤسفا، خاصة من وجهة نظر التأكيد الحالي على الاشتمال على تقييم ذاتي خاص لنوعية الحياة لمقياس الحالة الصحية الأشمل. وعانت التصاميم أيضًا من نفس العيب الموجود في قياسات الفقرة الواحدة: وهي محدودة المحتوى وكذلك فإن حساسيتها محدودة جدًا. استنتج (Anderson et al. 1993) أن صدق المحتوى لرسوم بيان اللياقة البدنية، مثلا، محدود النظرة ليكون حساسًا للإعاقة في كبار السن.

اختبار السيكومتري للرسوم المحورة هو عملية ثابتة تحت مظلة WONCA التي أمدت كتيبًا عن المقياس (van Weel et al. 1995). تتوافر الرسوم فيما يزيد عن 20 لغة. وقد تُستخدم رسوم بيان COOP/WONCA للأبحاث والعناية الإكلينيكية. السماح لاستخدام رسوم COOP/WONCA تحدد بصفة أساسية عدم الحرية في التوزيع، الإنتاج أو المشاركة بأي شكل لأهداف تجارية.

المؤشر الطبي لكورنيل (CMI)

(CMI) صمم مبدئيًا ليستخدمه الأطباء في حصر بيان التاريخ الطبي . وكان الهدف توفير وقتهم وضمان ، كلما أمكن ، أن أكبر قدر من البيان الطبي والنفسي يمكن تجميعه . CMI كان القصد منها أن تقوم بدور التاريخ الطبي المعياري (Brodman et al. 1949, 1986) . اللغة غير الرسمية المستخدمة على الجهاز مقصودة لكي تترجم إلى مصطلحات طبية . مثال : "هل قلبك يجري بجنون؟" (تسارع القلب) . "هل عليك القيام ليلا والتبول ؟" (التبول ليلا) .

وفي عملية تطورها ، فإن الكثير من التنوعات لفقرات CMI تم اختبارها للصدق على أكثر من 1000 شخص في أماكن جغرافية عديد (Lwe 1975) . هذه الفقرات تحوي ردودًا مبنية على المقابلات وقد ضمت للنسخة النهائية . وقد اختبر الشكل النهائي على 179 مريضًا خارجيًا و 191 داخليًا وتمت مقارنة إجاباتهم على CMI مع تاريخهم المرضي المأخوذ من الأطباء . وقد كانت نتيجة CMI 94% من مستوى التشخيص المؤكد بواسطة أبحاث الأطباء (Brodman et al. 1951) . استخدم CMI في الولايات المتحدة الأمريكية حتى الثمانينات واعتبرته صادقا وثابتا . وحدث تغير في الكلمات . في محاولة للتحديث ، ولا يوجد تغير مهم قد تم ، وأعيد طبع النسخة المراجعة عام 1986 وبيعت حتى عام 1990 . وعرف أنها تحتاج مراجعة وإعادة للصدق .

على الرغم ، أن المؤشر مفروض استخدامه للمساعدة الطبية للتاريخ الطبي ، فإن المؤلفين يشيرون إلى أنه مفيد للمسح الصحي السكاني .

واستخدمت صفحة واحدة للتشخيص لمساعدة الأطباء لتخليص تشخيصهم الاستنتاجي مع بيان CMI (العيون أو الآذان ، الجهاز التنفسي ، الأوعية الدموية القلبية ، الأسنان ، الجهاز المعدي معوي ، الكبد ، المرارة ، الجهاز العضلي والهيكل العظمي معًا ، الجلد ، الجهاز العصبي ، الجهاز التناسلي ، المجرى البولي ؛ الغدة الصماء ، الأيض وأخر ؛

ويشتمل على مقياس لشدة الاضطراب العاطفي) . CMI ذاتية الاستخدام. وتحتاج من الأفراد من 10 إلى 30 دقيقة لاستكمالها . ويذكر المؤلفون أن المدة اللازمة للاستكمال تعتمد على مستوى تعليم الشخص، وزمن اتخاذه للقرار. وقرروا مناسبة CMI للمرضى، لا حاجة للتدريب للتحليل والاستخدام.

المحتوى

CMI عبارة عن استبيان من 4 صفحات يحوي فوق 200 سؤال نعم / لا منقسم إلى 18 قسمًا من A إلى R مرتبط بالمشاكل البدنية (8 أقسام)، العادات الشخصية، تكرار المرضى (4 أقسام)، الناحية المزاجية والشعور (6 أقسام) وأقسام CMI هي :

A عيون وأذن

B جهاز تنفسي

C جهاز دوري

D جهاز هضمي

E جهاز العضلي والهيكل العظمي معًا

F الجلد

G جهاز عصبي

H جهاز بولي تناسلي

I التعب

J تكرار المرض

K أمراض مختلفة

L عادات

الحالة المزاجية والشعور

M غير مناسبة

N الاكتئاب

O القلق

P الحساسية

Q الزعل

R الضغوط

مثال للأسئلة هي :

هل وجهك يحمر باستمرار؟ نعم / لا

هل تعاني من الصداع الشديد باستمرار؟ نعم / لا

هل تشعر بالانتفاخ بعد الأكل؟ نعم / لا

هل أبلغك الطبيب أنك مريض بالكلى، أو بالجهاز البولي نعم / لا

هل أصيب أحد أفرد الأسرة بانهيار عصبي؟ نعم / لا

هل تشعر كثيراً ما بعدم السعادة أو بالاكتئاب؟ نعم / لا

هناك شكلان للـCMI، أحدهما للرجال والآخر للنساء، (الاختلاف الوحيد في قسم الجهاز التناسلي البولي). يحدد درجة الانحراف.

التسجيل للنقاط

الإجابات التي تحدد وجود مشاكل (الإجابات بـ "نعم") تجمع. أكثر من 25 إجابة إيجابية للفقرات توضح وجود مشكلة خطيرة. والاضطراب الطبي العاطفي الواضح يعتبر موجوداً عندما يكون العدد الكلي للنقاط 30 وأكثر. إذا كانت إجابات "نعم" محددة في قسم أو اثنين، فإن المشكلة الطبية محددة موضعياً. وإذا انتشرت خلال

المؤشر، فإن المشكلة في هذه الحالة منتشرة، مما يعني وجود اضطراب طبي. أكثر من 2 أو 3 "نعم" في إجابات الصفحة الأخيرة (الأسئلة الخاصة بالمزاج الشعور: التصرفات والسلوك) تقترح خللا سيكولوجيا. بينما تفسير الأعراض المرضية يعتمد على المعلومات الطبية وبالتالي فإن المؤشر لا يعتبر وسيلة تشخيص خارج المجال الطبي.

الصلاحية والاعتمادية الصدق والثبات

على الرغم من كونه قياسا مبكرا ومشهورا، هناك بعض التقارير عن ثباته الجهاز وصدقه. هناك بحث منشور يؤيد الصدق المتزامن للـCMI، مبني على 5119 مريضا، يقول إن كبار السن يعانون من مشاكل بدنية أكثر من الشباب، وكذلك بالنسبة للنساء مقارنة بالرجال (Brodman et al. 1953). لخص Abramrson et al. (1965) نقاط CMI لعدد 16 عينة في الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة. وأقر نقاط CMI أن 30 وأكثر تتراوح نقاطهم ما بين 4% و 82% للمشاركات في العينة، وكانت النقاط منخفضة أيضا بين صفر، 79% للرجال. والمجتمع تحت الدراسة يتراوح من مرضى العيادات الخارجية للأمراض النفسية إلى من أطلق عليهم "أصحاء". هناك أمثلة كثيرة للاستخدامات المبكرة للـCMI في المستشفيات والمعاهد. هناك مراجع شاملة على استخدام المؤشر تمت في مستشفى كورنل الطبي (Lowe 1975). وفي دراسة Brodman et al. (1954a) ضمت 7527 رجلا تم عليهم كشف طبي (CMI) للتدريب في الجيش، وحللت نتائج 900 منهم بعد 4 أشهر تالية: بعد بدء التدريب. نقاط عالية CMI (+ 50) وأكثر كانت دالة الارتباط مع عدد كبير من التقارير المرضية، أيام المستشفى اتهام وطرد من الخدمة. وكانت نقاط CMI للاضطرابات النفسية والسيكوماتية، يمكن أن تؤدي إلى التنبؤ على القدرة لأداء الواجبات العسكرية (Brodma et al. 1954a, 1954b). وبعد عام، ثلث ممن كانوا أعلى 5% من النقاط لم يكن لديهم الكفاءة على أداء واجباتهم. وفي دراسة أخرى عن جنود الجيش في

الولايات المتحدة الأمريكية، كان الرجال ذوو الخبرة في الإصابات القتالية وغيرها؛ أفادت التقارير بأن لديهم 16% من الأعراض أكثر على CMI مقارنة بالرجال غير المعرضين (Schnurr et al. 1998).

في دراسة كبيرة في نيويورك، قارن Brodman et al. (1959) نتائج الكشف الطبي لمرضى العيادات الخارجية وعددهم 5929 بتحليل الكمبيوتر CMI لنفس المرضى. وقد نقل المؤلفون أن بيان CMI أمد تشخيصًا صحيحًا لعدد 60 حالة مرضية في 44% من المرضى المعلوم أن لديهم هذه الحالات. واختار Abramson et al. (1965)، في دراسة على 120 من البالغين المختارين عشوائيًا من مشروع الإقامة ببيت المقدس، اختبرت الحاسية والتخصصية. الأولى في علاقتها بنسبة الأشخاص المرضى الذين أعطوا ("نعم" للفقرات) في إجاباتهم للـ CMI، وبالنسبة للتخصصية لعلاقتها مع الأفراد السالمين الذين لم يعطوا هذه الإجابة. قيمت الحالة الصحية باستقلالية بواسطة الأطباء. أقر المؤلفون أن الإجابات للأسئلة الفردية CMI التي ترجع إلى أسماء المرضى لم تكن المؤشر الصادق لوجود الأمراض. للأفراد الذين قرر الأطباء أن لديهم حالات خاصة، فقط نصف أو أقل في بعض الأحيان، من هذه الأفراد أنفسهم أقروا وجودها. بينما، نادرًا ما قرر الناس الحالات التي قيمت من الأطباء بأنها ليست لديهم. نقاط CMI (المبنية على عدد الإجابات بـ "نعم") ارتبطت ارتباطا دالا مع تقدير الأطباء للصحة المرضية العامة والصحة المرضية العاطفية، على الرغم من أن الارتباطات كانت ضعيفة إلى متوسطة (0.26 - 0.48). كما تم الحصول على ارتباطات متوسطة بين تقدير الأطباء والصحة العاطفية والصحة الكلية (0.52 للنساء و 0.57 للرجال)، قدر 78% منهم بأنهم "مرضى" بواسطة الأطباء قدروا أيضًا بواسطتهم باضطراب عاطفي. كما حدد المؤلفون 10 أسئلة رئيسية التي تمثل أحسن تنبؤ لتقدير الأطباء للحالات العاطفية المرضية، وكان الارتباط المتوسط بين أعداد هذه الفقرات بالنقاط الإيجابية والنقاط الكلية للـ CMI (0.63):

هل تقلق أو تتهيّج بسهولة؟

هل تعاني من إجهاد عصبي شديد؟

هل لديك صعوبة شديدة في النوم أو البقاء نائمًا؟

هل أنت أقل وزنًا بلا شك؟

هل تصاب فجأة بالخوف بدون سبب وجيه؟

هل أنت تُعْتَبر عصبيًا؟

هل أنت متوتر الأعصاب ومذعور؟

هل أنت غير سعيد ومكتئب؟

هل الحياة تبدو بلا أمل؟

هل كل شيء صغير يؤثر على أعصابك ويقلقك؟

التحليل العاملي أظهر 6 عوامل في الأعراض النفسية الأبعاد لـ CMI : الاستثارية، عدم القدرة على القيام بعمل ما، الاكتئاب، الخجل، القلق الطبيعي والقلق الإكلينيكي (Costa and McCrae 1977).

CMI عبارة عن وسيلة طبية تاريخية، أكثر من كونها مقياسًا يعتمد على المريض للحالة الصحية الأشمل، على الرغم من استخدامه أيضًا كجهاز مسحي، يعطي نتائج جيدة للثبات (Osaka et al. 1998)؛ وفي دراسات لناتج الصحة. لدراسة عن ناتج قطع القناة الدافقة، الأعراض المرضية المقاسة بواسطة CMI كانت مرتبطة بمقياس يقيس التهاب الأعصاب وتعقيدات ما بعد الجراحة (Wig et al. 1970). وقد جادل Abramson et al. (1965) أن المؤشر قليل القيمة في مقارنة الثقافات المختلفة داخل وبين المجتمعات. كما سبق القول. الاهتمامات عن الخصائص السيكومترية CMI أدت إلى انسحابه من الاستخدام لمالكيه في كلية طب جامعة كورنل (كلية طب ويل لجامعة

كورنل حاليًا) على أساس أنه قديم وغير مناسب للأبحاث الإكلينيكية. مازال كورنل يحتفظ بالحق بالنسخ لإعادة تكوين CMI في المستقبل إذا تمت مراجعة وإعادة تصديقه (Weill Cornell Medical Library 2003 ؛ Brodman et al. 1986).

استبيان الألم لماك جل (MPQ)

هذا المقياس للألم ليس مقياسًا شاملا للحالة الصحية ولكنه يشمل مجال مقياس مهم وغالبًا مهمل، وهو لذلك مشتمل هنا. كثير من مقاييس الحالة الصحية والصحية المرتبطة بنوعية الحياة فشلت في مواصلة تقييم كامل للألم. بعيدًا عن غيره من المقاييس التقديرية ذات الفقرة الواحدة المرئية المشابهة، الأكثر شيوعًا في الاستخدام والأكثر اختبارًا ضمن القياسات هو استبيان الألم لماك جل (MPQ). وهو استبيان يتكون أساسًا من قائمة من التعريفات تصف نوعية وشدة الألم. اختار Melzack and Torogerson (1971) 102 كلمة تصف الألم من المراجع، صنفها إلى مستويات الكلمات الحسية، المؤثرة: المقيمة واصفًا الشدة. ثم تم الكشف عن النتائج بواسطة 20 مراجعًا. اختبارات أخرى بين 140 طالبًا، 20 طبيبًا و 20 مريضًا أوصلت إلى الشكل من المقياس ذي 78 فقرة إلى قيم المقياس. 78 كلمة مجمعة إلى 20 فرعًا من 3 - 5 كلمات وصفية، و 20 فرعا جمعت إلى 4 أقسام: حسي، وتأثيري، تقييمي ومتنوع. هناك نسخ مختلفة للمقياس وتم تطوير نسخة قصيرة منه من 15 فقرة (Melzack 1987) واستكمال المقياس الطويل الكامل يأخذ من 5 - 15 دقيقة، والقصير من 2 - 5 دقائق، اعتمادًا على مدى معرفة المريض بالكلمات.

المحتوى

أمثلة: 78 كلمة التي طلب من المستجيبين اختيارًا لوصف الألم منها:

رفرف

مرتعش

ينبض

خفقان

ضرب

انقضاض

ضيق

مخدر

يسحب

يعصر

يمزق

بالإضافة إلى 78 كلمة تصف الألم، هناك 9 كلمات ساعدت أيضًا مع تحديد المكان من خلال رسم الجسم بالكلمات "الخارجية" و "الداخلية" المضافة.

والنسخة القصيرة (SFMPQ) تشمل فقط الفقرات: خفقان، أطلق، وخز، حاد، مغص، قرض، حرق ساخن يؤلم، ثقيل، طري، منفلق، متعب مجهد، مرض: مخيف، قسوة التأديب.

التسجيل للنقاط

كل وصف يحمل وزنًا يمثل شدة الألم: حسب التقدير والدرجة العادية المناسبة للترتيب التقديري بواسطة لجان من الأطباء: المرضى والطلبة، ثم يستقبل الناس نقاط الألم اعتمادًا على الفقرات الموصوفة التي تم اختيارها لوصف آلامهم ويتم تسجيل الأوزان المحددة صفر = لا ألم، 1 = ألم معتدل، 2 = عدم راحة، 3 = مضن، 4 = مريع، 5 –

مبرح) . استبيان الألم لماك جل كون 4 مقاييس فرعية متميزة بالتحليل العاملي وتشمل الحسي والتقييمي لتحديد مفهوم الألم، ومقياس فرعي لإثارة العواطف لتحديد الإجابة العاطفية للألم. والرابع مقياس فرعي متنوع. هذه المقاييس الفرعية تنتج 4 نقاط. والنقاط الأربع تضاف إلى النقاط الكلية (مؤشر تقدير الألم). طور المقياس فيما يخصّ المكونات المختلفة للألم.

يوجد 4 طرق تسجيل نقاط ممكنة ومتفرقة متدرجة من عدد الكلمات المختارة مجموع قيم المقياس (تعتمد على أوزان المقياس) لكل الكلمات المختارة في التدريج أو خلال كل التدريجات (Melzack 1975). في 1992 قام (Melzack and Kats) بطبع التفاصيل الكاملة للمقياس.

الصدق

أقر Dubuisson and Melzack أن MPQ كان قادرا بشكل صحيح على تقسيم 77% من 95 مريضا بأعراض آلام ثمانية إلى مجموعات تشخيصية على أساس وصفهم الشفهي للألم. أظهرت بعض الأبحاث عن آلام الوجه أن المقياس يمكنه صحة / التنبؤ لتشخيص عدد 95% من المرضى (Melzack et al. 1986) تراوح الارتباط بين نقاط MPQ والتدريج المرني المشابه لعدد 40 مريضا بين (0.50 - 0.65) (Melzack 19'‎) وقد وصف التخصصية للقياس (1987) Greenwald في دراسة على 536 مريضا بالسرطان.

والنسخة القصيرة ترتبط عاليا مع النسخة الطويلة للـ MPO (Melzack 1987). وقد أوضح وجود حساسية للعلاج للألم بين المرضى بعرق النسا (Eisenberag et al. 2003) . وتم انتخابه كأحد ضوابط القياسات السيكومترية للألم في مراجعة عن الأجهزة لـ Nemeth et al. (2003) .

هناك تدعيم في نتائج المكونات الأساسية للتحليل للتمييز بين أبعاد الألم الحسي والتأثيري؛ ولكن بدرجة أقل لتقييم المكونات المختلفة (Prieto and ; Reading 1979 Geisinger 1983) . كذلك دعم (Lowe et al. 1991) الأساسي التركيبي الثلاثي العوامل للمقياس باستخدام طرق تحليلية أكثر تعقيداً وعينات أكبر .

الثبات

دليل الثبات أكثر ضآلة (1980) Graham et al. أقر (1975) Nelzack دراسة اختبار إعادة الاختبار، مؤسسة على 10 مرضى فقط أكملوا المقياس 3 مرات على فترات من 3 - 7 أيام بين كل واحدة . وكان متوسط الاتساق للإجابة أقر بأنها 70.3% . ثبات الاختبار وإعادة الاختبار للمستويات العشرين لواصفي الألم والمقاييس الثلاثة الفرعية الخاصة والتسجيل الكلي قد أقروا بأنها تقع بين ضعيف إلى متوسط جيد (Reading et al. 1982 ؛ Love et al. 1989) .

على الرغم من كونه صعباً وصف MPQ بأنه يعكس التعريف المفهومي للألم كثلاثي الأبعاد مميز، مازال هو القياس القائد للألم . تم مراجعة الاستمارات الثقافية المتبادلة للمقياس الكلي بواسطة (Naughton and Wiklund 1993) ، وتم عمل قائمة من الترجمات التي أجريت عليها (1992) Melzack and Katz . يستخدم كثيراً لقياس الألم المزمن أكثر من الحاد، حيث إنه من المعتمد عموماً بأن معظم المقاييس المرئية المشابهة للفقرة الواحدة تعمل بدقة للألم الحاد (McQuay 1990) .

اليوروكول (EQ - 5 D)

Euroqol : بروفيل شامل صحي متعدد الأبعاد، مصمم لإنتاج قيمة مؤشر وحيدة لكل حالة صحية (Kind 1996 ؛ Euro Qol Group 1990) . هدف Euro Qol توفير جهاز مسحي معياري غير متخصص للأمراض وإنتاج مؤشر رئيسي للصحة لوصف الصحة المرتبطة بنوعية الحياة وللاستخدام للتقييم الاقتصادي (Euro Qol Group 1990) .

بذلك فهو يقدم بروفيل صحي بسيط وصفي وقيمة مؤشر وحيد للحالة الصحية. يفترض أن الأبعاد الخمسة للصحة المشتملة في القياس تعادل الصحة المرتبطة بنوعية الحياة. كان هناك نية لتكملة قياسات أخرى للصحة المرتبطة بنوعية الحياة.

كان هناك نسخة مبكرة للمقياس احتوت على ستة أبعاد وكذلك بعض الأخطاء التصميمية، التي تم إصلاحها في النسخة المراجعة EQ - 5 D. النموذج السكاني متوافر Kind et al. (1999). والجهاز بسيط المعرفة؛ وكان مصمماً للاستكمال الذاتي.

المحتوى

يحوي القسم الأول خمسة أبعاد أحادية الفقرة تغطي الحركة، عناية ذاتية، الأنشطة المعتادة، الألم / عدم الراحة والاكتئاب القلق، كل بمقياس ذي ثلاث نقاط إجابة للإشارة إلى مستوى المشاكل. يطلب من المستجيبين أن يحددوا حالتهم الصحية بعمل إشارة على الصندوق بجانب الإجابة التي تنطبق عليهم. يؤدي ذلك إلى إنتاج شفرة فردية (عدد) لكل بعد. والمقياس الفرعي للرعاية الذاتية مازال يستبقي بعض الغموض حيث إن اختيار الإجابة الموزونة ليس شرطاً أن ترجع إلى نفس الأنشطة. وإجابة الفقرة المختارة هي "ليس لدي مشاكل بالعناية الذاتية". "لدي بعض المشاكل في الاغتسال والارتداء الذاتي". و "أنا غير قادر على الاغتسال والارتداء الذاتي". وصعوبة التفسير أن "الرعاية الذاتية" ترجع عادة إلى مدى أوسع من الأنشطة وليس مجرد الاغتسال أو الارتداء. يتوقع من المستجيبين أن يستنتجوا أن الفقرة ترجع إلى الاغتسال والارتداء من خلال قراءة قائمة باقي اختيارات الإجابات. وقد أقر المطورون أن مدى الإجابات للفقرات ضيقة في القسم الأول وقد يجدها بعض المستجبين محدودة جداً. بينما، يقال عن المقياس إنه مختصر وبسيط. والقسم الثاني يحوي 100 نقطة – للمقياس الترمومتري ويتم طلب وضع علامة من المستجيبين تبين مدى جودة أو سوء الصحة "اليوم". والدرجات هي صفر (لأسوأ حالة صحية يمكن تصورها) إلى 100 (لأفضل حالة صحية يمكن تصورها).

التسجيل للنقاط

البيان الوصفي في القسم الأول يمكن استخدامه لتقديم بروفيلات الصحة المرتبطة بنوعية الحياة من خلال الأبعاد الخمسة. كما يمكن استخدامه لإنتاج مؤشر صحة موزونة، مؤسسة على جداول من القيم منبثقة عن عينات السكان العامة. ويمكن استخدام نقاط VAS لتحليل التغيرات في الحالة الصحية للأفراد أو الجماعات عبر الوقت.

الحالة الصحية EQ - 5 D يمكن أن تتحول إلى مؤشر ملخص واحد وذلك باستخدام نقاط من مجموعة معيارية من قيم السكان ومثال، تعريفة مؤشر EQ - 5 D للمملكة المتحدة، المبنية على بيان من عينة سكانية في المملكة المتحدة، تربط قيمة مؤشر واحد للحالة الصحية الموصوفة بواسطة EQ - 5 D (Dolan et al. 1996 ؛ Dolan 1997). إن قيم السكان لمجموعة فرعية من الحالة الصحية معرفة بواسطة EQ - 5 D تستخدم للعديد من الدول الأخرى.

الصدق والثبات

كثير من الظواهر عن الخصائص السيكومترية Euro Qol تربط بنسخ سابقة. في مسح سكاني بالسويد أوضح أن نقاط Euro Qol لمتوسط الحالة الصحية مرتبطة بالحالة الاجتماعية الاقتصادية في الاتجاه المتوقع وتفصل ما بين المجموعات المرضية Burtröm et al. 2001. وقد أقرت دراسات مرضى في المملكة المتحدة بالسكتة الدماغية قام بها (Dorman et al. 1997a, 1997b) وقد تابعوا مع Euro Qol أو SF - 36. كان معدل الإجابات للجهازين 50%. المستجيبون على EuroQol أقروا اعتماد الأنشطة في الحياة اليومية بدلالة أكثر من المرضى المستجيبين على SF - 36. وقد فسر المؤلفون ذلك كظاهرة على الاعتماد الكبير بين مستجيبي EuroQol، ومن الممكن أن النتيجة قد تعكس اختصار مقياس EuroQol، مما يؤدي لا شك إلى فقد في المعلومات والحساسية.

قرر (Insinga and Fryback 2003) نقصا في الاتصال بين وصف EuroQol للحالة الصحية والخبرات الصحية الواقعية للمستجيبين ؛ غالبا نتيجة أن وصف EQ - 5 D ضئيل جدا للسيطرة على الحالة الصحية بدقة . وقد اقترحوا نقل مستويات أو أبعاد حالات صحية جيدة قد تُحسّن المقياس . وقد قارن (2003) .Luo et al نتائج EQ - 5 D مع SF - 36 و (HUI3) للمرضى بالروماتيزم . وجدوا أن المرضى الذين لا يقرون بالمشاكل الحركية على EQ - 5 D ؛ يقرون مستويات أخرى مختلفة من الصعوبات في التنقل على HUI3 . وفي التفسير ، فقد أوجزوا أن الأجهزة تقيس أبعاد الصحة بخلاف قليل : على الرغم من ارتباطها . وقد عانت من مستوى إجابة بمعدلات من متوسط إلى ضعيف في عدد من المسوح السكانية فكانت شديدة الانحراف وحساسيتها ضعيفة بالمقارنة (Brazier et al. 1993a, 1993b; Bowling 1998) خاصة في مجال أبحاث المرضى (Casellas et al. 2000; Sclai et al. 2000) .

ارتباطات الاختيار - إعادة الاختبار للثبات للنسخ السابقة كان (0.69 - 0.94) (Uyl - de - Groot et al. 1994; Van Agt et al. 1994) . أبحاث أخرى أشارت أن الجهاز به التواء عالٍ مع التأثيرات العالية السقف (Brazier et al. 1992, 1993) . وقد يكون من الممكن أن طول مقياس الترمومتر (صفر - 100) منحرف ، والوقت المطروح قصير جدًا ("اليوم") . وهو عادة ما ينتقد (Jen Kinson and ؛ Carr - Hill 1992 McGee 1998) . وقد تعرفت مجموعة EuroQol على بعض المشاكل في الإجراءات بالنسبة لـ EuroQol وعملت على تحسينها (Brooks 1996) ، على الرغم من عدم وجود مراجعة ظاهرة في الوقت الحالي .

المراجع على الخصائص السيكومترية للـ EQ - 5 D مازالت محدودة . Euro Qol متوفر بلغات عديدة . وهو في المجال العام ويمكن استخدامه بدون تكلفة للأبحاث غير التجارية . ويمكن إيجاد معلومات عن EuroQol على الموقع /http://www.euroqol.org

5

قياس الرفاهة النفسية

هناك مقاييس عديدة للرفاهة النفسية، خاصة التي تهدف إلى تحديد الحالات السيكولوجية الشائعة مثل القلق / الاكتئاب، الخلل العقلي والاضطراب العقلي. وثبات التقسيمات لكثير منها مجال سؤال. تم تطوير المعايير الذهبية للتشخيص التقسيمي خلال السنين، شاملة كتيب التشخيص والإحصاء المراجع DSM - IV للجمعية النفسية الأمريكية (2000) والتقسيم الدولي للأمراض (WHO 1992, 1993, 1994)، منظمة الصحة العالمية وكذلك بعض الأجهزة التشخيصية عالية التقدير مثل اختبار الحالة الحالية ومعيار التشخيص البحثي (Wing et al. 1974 ؛ Spitzer et al. 1978 ؛ Wing 1991). بينما، فشل هذا التفسير الواقعي لظواهر الشخصية أو الأعراض البدنية التي قد تحدث. في المملكة المتحدة، استبيان الحالة العقلية للكبار (GMS) (Copeland et al. 1976) قد طور للاستخدام للكبار وينظر إليه كجهاز مسحي ذهبي المستوى. GMS مراجع في هذا الفصل. كما يوجد جدول تقييم متطور ومختبر حديثا مهيأ لتشخيص الحالات العقلية لكبار السن فقط، هو امتحان كيمبردج للأمراض العقلية للكبار (CAMDEX) (Roth et al. 1986). وهذا أيضا يلفت النظر إلى التعرف على

الخلل العقلي ولكنه طويل جدا وغير مناسب للاستخدام كأداة بحث إلا في المسح النفسي الإكلينيكي ؛ ويتم على غير المراد مقارنة بالمقاييس الأخرى المتطورة جيداً في مجال الاستخدام الثقافي المتبادل والحساسية (Copeland 1990).

يناقش الفصل التالي المقاييس الأكثر شعبية وسهلة الاستخدام للأمراض النفسية شائعة الاستخدام في المملكة المتحدة، القلق، الاكتئاب وبين الكبار الاضطراب العقلي. بعض مقاييس الحالة الصحية الأعرض تشمل أقساماً أو بطاريات على الصحة العقلية مثل بطاريات راند (كاشف الاكتئاب) وأبعاد الوظائف العقلية SF - 37 والمقياس الملخص (انظر الفصل 4).

مقاييس الحالة السيكولوجية مطورة وتستخدم في بلدان معينة. وصعب لمثل هذه المقاييس أن يكون لها تطبيقات متبادلة ثقافياً بدون تكيف حريص بسبب المفاهيم المتعلقة بالثقافة والقيم، على الرغم من أن بعض المقاييس الشهيرة ترجمت وكيفت للاستخدام في بلدان خارج المملكة المتحدة (مثال استبيان الصحة العامة والحالة العقلية للكبار).

الاكتئاب

يستخدم هذا الاصطلاح لتغطية مدى واسع من الأمراض النفسية. وهناك اضطراب واضح للتنوع في المعني وهذا، بدوره، أدى إلى أبحاث ونتائج متضاربة عن الأسباب والعلاج المناسب (Smaith 1987). هناك ارتباك قليل في إدراك حالة من الحالات الشديدة، والمسماه بالهواس Psychosis، ولكن الدرجات الأقل للحالة ينقصها التعريف. في بعض الأحوال الاصطلاح "الاكتئاب العصبي" تستخدم ولكن هناك تنوع في المفاهيم ترتبط بهذا الاصطلاح. كتيب اختبار الحالة الحالية، Wing et al. (1974) أوضح تعريفاً للاصطلاحات النفسية المرضية، وفي محاولة لتوضيح معاني الاصطلاح عن حالات الاكتئاب المرتبطة بالحالة المزاجية، فقد الاهتمام حديثاً، خفض القيمة الذاتية، فقد الأمل، والاكتئاب الملاحظ، كان عدد من التعبيرات الإضافية المعطاه

للإهمال نظراً إلى إطالة التفكير ، الانحطاط الذاتي ، البطء وقلة النشاط ، التفكير غير الكفء ، نقص التركيز ، تخطيط أو أفعال انتحارية ، اكتئاب صباحي ، الانسحاب الاجتماعي ، الذنب وغير ذلك من الأعراض .

هناك تناقض كبير في المراجع الأولى على تقدير انتشار الأمراض العقلية في المجتمعات المختلفة وكانت ناتجة عن استخدام المعايير المختلفة للتشخيص . تطور واستخدام الأجهزة المعيارية البحثية المتعلقة بالمعايير التشخيصية المثبتة بوضوح أدى إلى خفض التنوعات بين الدراسات . لكن : مازالت هناك اختلافات بين القياسات مع تضمين أن المقارنة بين الدراسات يمكن عملها فقط إذا استخدمت دراستان نفس مقياس القياس الأساسي .

كثير من الدراسات قد أسس تعريف "حالة" الاكتئاب على تسجيل معين توصلوا إليه بناء على عدد كبير من مقاييس تقدير الاكتئاب . اختلاف بناء هذه المقاييس والفقرات المختلفة التي تشملها خلق مشاكل كبيرة في المقارنة بين الدراسات ، إلا إذا كانوا قد تطوروا اعتماداً على معايير الجمعية النفسية الأمريكية الواضحة مثل DSM - IV (American Psychiatric Association 2002) .

معظم مقاييس تقييم الاكتئاب تحوي مجموعة مختلفة من الأعراض والتصرفات والشعور وسوف تؤدي إلى معدل عالٍ من الانتشار ومن الأخطاء الإيجابية ، إذا اعتمدت عليهم كشف معرفة الحالة (Snaith 1987) . وقد درس Kutner et al. (1985) الاكتئاب والقلق لمرضى النفاذ dialysis وقد وجد أن المقاييس المحتوية على فقرات ترتبط بالمرض تنتج تسجيلا مبالغاً فيه .

مقياس التقييم الذاتي للاكتئاب لزنج

قام زنج (1965) Zung بتطوير مقياس التقييم الذاتي للاكتئاب على أساس المعايير التشخيصية الإكلينيكية التي تستخدم عادة في تشخيص حالات الاكتئاب . وتأمل في

كشف أعراض الاكتئاب الجسدي، السيكولوجي والعاطفي. مجموعة الأعراض الناتجة عن التحليل العاملي أدّت إلى انتقاء 20 فقرة تغطي "التأثير الشامل"، "المرادفات الفسيولوجية أو المصاحبة" و "الحالة المصاحبة السيكولوجية". والمقياس بسيط للاستكمال ويحتاج لحوالي 10 دقائق.

المحتوى

يحتوي المقياس على 20 عبارة، 10 منها مصاغة في كلمات عرضية إيجابية مصاغة في كلمات عرضية سلبية يُسأل المستجيبون عن كيفية تناسب البيانات معهم. الاستخدام يتم ذاتيًا وزمن الاستكمال الذاتي "بضع دقائق" (Zung et al. 1965). أمثلة :

أعاني من النوم ليلا.

أتغذى كيفما كنت عادة.

ألاحظ فقدي لوزني.

لدي مشاكل مع الإمساك.

قلبي يدق أسرع من الطبيعي.

أشعر بالأمل في المستقبل.

أجد أنه من السهل اتخاذ القرارات.

هناك أربعة خيارات من الإجابات، بقيم رقمية 1 - 4 بالترتيب : لا أو وقت قليل، بعض الوقت، جزء كافٍ من الوقت، معظم الوقت.

التسجيل للنقاط

كل فقرة تُسجل 1 - 4. قيمة التسجيل للفقرات العشرين على أعلى تسجيل ممكن 80،

محول إلى رقم عشري مضروب في 100 (Zung et al. 1965) وتساءل Gurtman (1985) عن الحاجة إلى تغيير النقاط.

تفسير النقاط بني على نماذج، وهي مذكورة في كتيب الاستخدام للمقياس. تحت 50 = طبيعي، 50 - 59 - أقل اكتئابا إلى الوسط، 60 - 69 – اكتئاب متوسط إلى اكتئاب واضح، + 69 = اكتئاب شديد أو متطرف. أساس عمل نماذج النقاط كان على البالغين من عمر 20 - 64 عامًا وقد لا يكون مناسبًا للأقل سنًا أو الأكثر من الناس. والنقاط الفاصلة غير متفق عليها وقد حدد الباحثون نقاطا فاصلة من 50 إلى 60.

أقر Zung et al. (1965) أن متوسط التسجيل على مقياس زنغ لمرضى العيادات الخارجية ممن شخصوا على أنهم مرضى الاكتئاب التفاعلي كان (64). كما أقر Zung (1965) أن متوسط التسجيل لمرضى الاكتئاب في المستشفى 74. بناء على تجربة الإكلينيكي للعلاج ودراسة المعنى الإكلينيكي لتغير التسجيل، حدد Hagget et al. (2003) الاختلاف الأقل إلهامًا إكلينيكيا في تسجيل Zung على أنه 8 وحدات، ولا يزيد عن معدل سماح 8 - 9 وحدات. وقد استنتجوا أن Zung قد يحتاج زيادة النقاط لزيادة 95% من معدل السماح عند استخدامه لصنع قرار إكلينيكي، وحساب القوة الإحصائية عند تقدير حجم العينة.

على الرغم أن أكثر من نصف الفقرات لهذا المقياس الواسع الانتشار للاكتئاب تتكون من الشعور أو الأعراض التي قد لا تشير إلى وجود مرض نفسي وقد وجد Kutner et al. (1985) أن فقرات المرض تلك قد تؤدي إلى تسجيل مغالى فيه.

الصدق

اختبر Zung et al. (1965) المقياس للصدق باستخدام Minnesota Multiphasic Personality Inventory كمقياس ذهبي. استخدموا المقياس للمرضى الخارجيين

النفسيين الجدد في جامعة ديوك (لم يحدد العدد). وكانت الارتباطات بين جهازهم والمقاييس الثلاثة الفرعية لـ Minnesota Inventory 0.70 و 0.68 و 0.13. وقد ذكر المؤلفون أن الارتباط الأخير "منخفض على نحو غير متوقع. اختبر Brown and Zung (1972) المقياس ضد مقياس الاكتئاب لهاملتون وأقرا ارتباط 0.79. والصدق المجمع لمقياس Zung، عند اختباره ضد تحكيم طبي، كان منخفضًا عن ما توصل إليه التقييم الشامل والتقدير المرجعي (CARE)؛ 0.65 و (Kappa 0.29) في مقارنة مع 0.73 و (Kappa: 0.46) (Toner et al. 1988).

وقد نقل Davis et al. (1975) ارتباطًا بين مقياس Zung ومقياس Hamilton (r=0.62)، وبين مقياس Zung ومقياس بيك للاكتئاب Beek Depression (r=0.73) وبين مقياس Zung والمقياس المرئي المشابه (r=0.62). كما نقل Biggs et al. (1978) ارتباطًا بين Zung و Hamilton (r=0.80). على الرغم من أن الارتباط كان منخفضًا في حالات شدة المرض. في مقارنة مع المستوى الإكلينيكي للشدة؛ فقد أقر Biggs et al. (1978) ارتباطًا مع Zung (0.69) مع الاختلافات في المستوى الأعلى. كما نقل Toner et al. (1988) ارتباطًا مشابهًا في مقابل الحكم النفسي عند (r=0.65). والمقياس له القدرة على التمييز بين المرضى بتشخيص مؤكد لحالة الاكتئاب والمرض بتشخيص مبدئي للاكتئاب؛ لكن روجع وأعطى تشخيصًا نفسيًا آخر (Zung 1965, 1967). ونقل Zung et al. (1965) أن المقياس قادر على التمييز الثباتي بين المرضى بمرض الاكتئاب العصبي ومن هم مرضى بالقلق التفاعلي ووجدوا الجهاز حساسًا للتغير الإكلينيكي. كما نقل Gallegos-Orozco et al. (2003) أن المرضى المشخصين لديهم اكتئاب كانت لهم تسجيلات ضعيفة على استبيان SF - 36 (وهو مقياس للحالة الصحية الواسعة) مؤيدًا لصدق البناء.

نقل Toner et al. (1988) أن الصدق المجمع لمقياس Zung عندما اختبر ضد حكم

الأطباء كان أقل عن مقياس التقييم الشامل والتقدير المرجعي جيد الاختبار (CARE)، 0.65 (Kappa: 0.29) بالمقارنة مع 0.73 (Kappa: 0.46). كما قيم .Carroll et al (1973) المرضى المعروفين بالاكتئاب متعدد الدرجات ونقلوا أن مقياس Zung غير قادر على التمييز بين المجموعات، كما نقلوا ارتباط (0.41) بين التقدير المؤسسي على المقابلة وتقدير Zung. لام .Carroll et al (1973) طريقة التقرير – الذاتي، أكثر مما لاموا مقياس Zung، حيث إن الأول نظام مختلف في المقابلة النفسية. كما وجدت دراسات أخرى أن مقياس Zung لا يستجيب للتغيرات في أنظمة العلاج (Hamilton 1976).

كما وضع .Arfwidsson et al (1974) شكوكًا على صدق المقياس، وجادلوا في أن تقديرات الأطباء أكثر صدقًا (غير منحرفة، مثلا)، كوسيلة لتقييم درجة ونوعية العرض الاكتئابي.

خطط للجهاز أن يكون أحادي الأبعاد: على الرغم من أن تحليل عاملي قام به .Morris et al (1975) أكد بُعدين: التهيج والرضا الذاتي. التحليل العاملي للمقياس الذي قام به Blumenthal (1975) أنتج 4 مقاييس فرعية: مؤشر الرفاهة، مؤشر الاكتئاب المزاجي، مؤشر التفاؤل ومؤشر الأعراض الجسدية. قام كل من (Naughton and Wiklund 1993) بتطبيقات ثقافية متبادلة.

الثبات

هناك شواهد بسيطة لمقياس الثبات. نقل Zung (1986) الارتباطات باستخدام التجزئة النصفية لتكون 0.92. نقل Knight et al (1983) معاملا هو 0.79. واستخدم المقياس بنجاح بمجموعة تقنيات بواسطة Byrne (1978). واقترح Kaszmak and Allender (1985) أنه غير مناسب للاستخدام لكبار السن نظرًا إلى الأعداد الكبيرة للفقرات الجسدية كذلك، معدل الإجابات للمقاييس ذاتية الاستكمال قد تكون منخفضة عن

المقاييس المستخدمة. تمت دراسة مقارنة على مقياس Zung مع النسخة القصيرة من CARE وأوضحت معدل إجابة 65% لـ(Zung) و 100% لـ CARE. ومن بين أسباب عدم الإجابة هي المشاكل المرنية (28%)، الجهل (9%)، نقص الحماس (34%) (Toner et al. 1988). كل هذه الصعوبات الاستجابية تنطبق على كل المقاييس ذاتية التقييم.

سبب شهرة المقياس قصره وسهولة تكملته. طور Zung (1972) مقياساً مدرجاً كملاحظ لتكملة مقياس Zung، على الرغم أن Thompson (1989) نقل عدم وجود مميزات واتفق مع معظم المراجعين للمقياس.

مقياس تقييم الاكتئاب لمنتجمري - أسبرج (MADRS)

مقاييس التقييم للملاحظ تستخدم أكثر من مقاييس المرض ذاتية التقييم في تجارب العلاج الطبي للاكتئاب (Demyttenaere and Fruyt 2003). قام Montgomery and Asberg (1979) بتطوير مقياس (MADRS) على أساس 54 مريضاً إنجليزياً و 52 سويدياً ممن أكملوا المقياس السيكوباثولوجي ذا 65 فقرة. كشفت التحاليل أكثر 17 عرض متكرر الحدوث في الأمراض الاكتئابية في العينة. تحاليل تالية، تم فيها استخدام 64 مريضاً لمجموعة من الأدوية المختلفة المضادة للاكتئاب، واستخدمت التحاليل لخلق مقياس تقييم للاكتئاب مكون من 10 فقرات، وتكونت من الفقرات التي أظهرت أكبر تغيرات بالعلاج. يمكن استخدام المقياس لتقييم شدة الاكتئاب؛ والتغيرات، في أثناء العلاج الطبي للاكتئاب.

هذا المقياس موجه نحو الأعراض النفسية وتم تغطية الحزن الظاهري، الحزن المنقول: عدم القدرة على الإحساس، صعوبة التركيز، الضغط الداخلي، الأفكار التشاؤمية الأفكار الانتحارية، الفتور، خفض النوم، خفض الشهية. وتقع مميزات المقياس في اختصاره وسهولة الاستخدام عن طريق المقيمين.

المحتوى

يحوي المقياس عشر فقرات تغطي معظم الأعراض المرضية متكررة الحدوث للاكتئاب المرضي والتي تتغير استجابةً للعلاج (انظر ما ذكر سابقاً). الأمثلة هي :

الحزن الظاهري متمثلا في اليأس والغم والقنوط (أكثر من مجرد روح معنوية منخفضة) المنعكس على الكلام؛ التعبير الوجهي والوضع. يأتي التقدير عن طريق العمق وعدم القدرة على الابتهاج :

0 لا حزن.

1

2 يبدو يائساً ولكنه يبتهج بدون صعوبة.

3

4 يظهر حزيناً وغير سعيد معظم الوقت.

5

6 يبدو يائساً كل الوقت. منتهى اليأس.

خفض النوم : يمثل تجربة خفض المدة أو عمق النوم مقارنة بحالة الشخص الطبيعية عندما كان سليماً.

0 ينام كالمعتاد.

1

2 بعد الصعوبات للنوم أو ينخفض قليلا، النوم الضعيف.

3

4 خفض النوم أو اضطرابه وإيقافه لمدة ساعتين على الأقل.

5

6 أقل من 2 أو 3 ساعات نوم.

الفتور: تمثل صعوبة بداية، أو ببطء البدء والقيام بالأنشطة اليومية.

0 لا صعوبة من البداية، لا كسل.

1

2 صعوبات في بدء النشاطات.

3

4 صعوبات في بدء روتين بسيط عادي للنشاطات وينجز الأعمال بمجهود.

5

6 فتور تام. عدم القدرة على عمل أي شيء بدون مساعدة.

أفكار تشاؤمية: تمثل أفكار الشعور بالذنب، الدونية، لوم ذاتي، إحساس بالإثم، الندم، انهيار.

0 لا أفكار تشاؤمية.

1

2 أفكار متقلبة عن الفشل، لوم ذاتي أو تقليل الذات.

3

4 اتهام ذاتي دائم أو أفكار أكيدة عن الذنب أو الخطيئة ولكنها منطقية. زيادة تشاؤم للمستقبل.

5

6 حدوث انهيار، ندم. أو إحساس بالخطيئة التي لا يمكن أن تنصلح. اتهام ذاتي، باطل غير مهتز.

التسجيل

يشمل أخطاء فقرات المقياس. وطريقة الوصول لتعريف الحالة بإضافة إعداد مستخرجة من تدريج نقاط الشدة لعدد من الأعراض لديه جذب خاص حتى يتحقق أن حالة واحدة يمكن أن تختلف جدا عن الأخرى.

الصدق

اختبر Montgomery and Asberg (1979) تسجيلات المقياس ضد حكم النفسيين باستخدام 18 مريضًا استجابوا للعلاج و 17 لم يستجيبوا. كان المقياس قادرًا على التمييز بين المجموعتين. كما اختبر المقياس ضد مقياس هاملتون للاكتئاب بارتباط 0.70. قرر Kearns et al. (1982) قدرة المقياس على التمييز بين مستويات الشدة المختلفة ويعمل مثل أداء مقياس هاملتون للاكتئاب. نقل Snaith and Taylor (1985) ارتباطًا عاليًا بين المقياس ومقياس قلق واكتئاب المستشفى وهو 0.81 (HAD) على الرغم أن الارتباط مع مقياس القلق بالنسبة لـ HAD كان منخفضًا (0.37). وجد Cooper and Fairbwrn (1986) أن مجموعة من مرضى البوليميا وأخرى من المرضى بالاكتئاب لديهما نفس التسجيل لمقياس Montgomert-Asberg Depression، لكن أعراضًا مختلفة، أو فقرات مقياس، ساهمت بشدة في التسجيل الكلي بين المجموعتين بينما 30% بين التسجيل الكلي متناسب ظاهريًا مع الفقرات الثلاث التي تحدث كلها عادة في الحالات المرضية البدنية وحالات الضيق غير الاكتئاب (Williams 1984; Cooper and Fairburn 1986).

نقل Khan et al. (2002) استخدام MADRS ومقياس هاملتون للاكتئاب في دراسة على أكثر من 2000 بالغ بمرض الاكتئاب ممن شاركوا في التجارب الإكلينيكية، وتناولوا عقارًا مضادًا للاكتئاب أو بلا مهدئ. وناتج التأثير للـ MADRS كان 0.53

مماثل لحجم تأثير Hamilton. توصل المؤلفون للاستنتاج أن المقاييس كانت متشابهة في مضمون الحساسية، دون النظر لنوع العلاج.

حلل Parker et al. (2003) العامل التركيبي للـ MADRS مع عينة من المرضى كبار السن ممن يعانون من الاكتئاب وكان ثقل كل 10 فقرات أقل من 0.60 على المجال. 60.>. هناك 3 عوامل تفسيرية للـ MADRS تعكس أبعاد الاكتئاب للكبار: فتور الشعور بالقلق / التخلف الذي اشتمل على خمس فقرات (حزن ظاهري، حزن منقول، الفتور، قلة التركيز، عدم القدرة على الإحساس): شمل القلق النفسي 3 فقرات (ضغط داخلي أفكار تشاؤمية، أفكار انتحارية). وأعراض ثمانية تشمل فقرتين (النوم والشهية). وقد استنتجوا أن المقياس قد يكون غير قادر على رصد ناتج العلاج بين كبار السن المرضى بالاكتئاب.

الثبات

تم نقل نتائج جيدة للثبات بواسطة المؤلفين وقد وُجد المقياس قويًا عند الاستخدام بواسطة المحترفين المختلفين في تنوع لبيئات العناية بالصحة (الممارسين العامين، ممرضات، علماء نفس، أطباء أمراض عقلية) وقد أنتج ارتباطًا عاليًا بين المقيمين. حدد Montgomery et al. (1978) وجود ارتباط بين 0.89 و 0.97 عند مقارنة 2 مقيم إنجليزي، 2 مقيم سويدي، واحد مقيم إنجليزي، واحد مقيم سويدي وقد قاموا بتقييم 11إلى 30 مريضًا.

واستُخدمت MADRS أقل عدد من المرات في تقييم الاكتئاب عن مقياس Hamilton على الرغم من سهولة استخدامها، وقد أوصى Khan et al. (2002) استخدامها كوسيلة تقييم مفضلة في التجارب كبيرة المقياس الإكلينيكية لعلاج الاكتئاب. مميزات ملاحظة مقياس التقييم، بالنسبة للمرضى ذاتيي التقييم، في العلاج التجريبي للاكتئاب، هي أن القياس غير منحرف بكون المريض متفائلا أو متشائمًا أو

أي نوع من الانحرافات الأخرى. (مثال: الناس ذوو الروح المعنوية المنخفضة يميلون إلى رؤية مظاهر الحياة الأخرى سلبيًا عن ذوي الروح المعنوية المرتفعة). بينما، كان هناك خطورة في افتراض أن التقييم الإكلينيكي غير منحرف، نقاط MADRS قد تكون مفسرة بدقة من الزاوية الإكيلنيكية للاكتئاب والتغير (Mulder et al. 2003). وأشار Demyttenaere and Fruyt (2003) إلى أن MADRS ومقياس هاملتون للاكتئاب قد طوّرا لتقييم العلاج الطبي (مضاد الاكتئاب) بدلا من العلاج النفسي (حيث يتم استخدام مقاييس التقييم الذاتي للمريض بكثرة). كما أشاروا أيضًا أن وجود المقاييس يؤدي إلى اختلاف في التقييم نظرًا إلى وجود أشكال التقييم لدى الملاحظ والمريض.

مقياس تقييم الاكتئاب لهاملتون

هو أكثر مقياس تقييم ملاحظ للاكتئاب استخدامًا، والتغيرات بعد العلاج الطبي. ويشار إليه أيضًا بمقياس الاكتئاب لهاملتون. يشمل تقييم المكونات العرفية والسلوكية للاكتئاب وللظواهر الجسدية (Hamilton 1967). ومثل الكثير من مقاييس الاكتئاب لا يستخدم في تشخيص الاكتئاب، لكن فقط لتقييم الشدة بمجرد تشخيص الحالة على أنها اكتئاب. يستخدم في المقابلات الإكلينيكية، التي تستغرق حوالي 30 دقيقة. ولا يستخدم مرشدًا للمقابلات على الرغم من تطوير الآخرين للمرشدين ونتيجة اختبارهم جيدة (Freedland et al. 2002). وتدريب القائمين على المقابلة ضروري.

المحتوى

النسخة الحالية لمقياس هاملتون للاكتئاب (Hamilton 1959, 1967) تتكون من 17 فقرة: اكتئاب المزاج، شعور بالذنب، اتجاه انتحاري، عمل، ونشاط، تبصر، تأخر، تهيج، عدم قدرة على النوم (بسيط، متوسط، متأخر)، قلق نفسي، قلق جسدي: أعراض معوية أمعائية، أعراض جسدية عامة، أعراض جنسية (فقد الرغبة أو

اضطرابات الطمث) ، نقص الوزن. وسواس المرض. نسخة المقياس الأولى ؛ التي تستعمل حتى الآن ، بها 21 فقرة. غيرها من النسخ بها 23 و 24 فقرة قد طوُرت. مثال للفقرات :

اكتئاب المزاج : 0 - 4

تعرف كئيب ، تشاؤم عن المستقبل

شعور بالحزن

الميل للبكاء :

حزن و / أو اكتئاب بسيط

بكاء في المناسبات و / أو اكتئاب متوسط

بكاء متعدد و / أو اكتئاب شديد

أعراض متطرفة

القلق ، النفسي 0 - 4

توتر وتهيج

القلق على الأشياء البسيطة

سلوك منذر بالشر

مخاوف

أعراض جسدية ، معوية وأمعائية : 0 - 2

فقد الشهية

شعور ثقيل في الأمعاء

إمساك

تبصر 0 - 2

فقد التبصر

فقد جزئي أو شك للفقد

لا فقد

المستويات الجسدية للمقياس استخدمت وحدها ، مع مقاييس تقييم أخرى للاكتئاب ، ترجع الفقرات الجسدية إلى الجهاز العضلي والحسي ، الدوري ، التنفسي ، الهضمي ، البولي التناسلي والجهاز العصبي اللا إرادي . وعلى سبيل المثال استخدم Martin (1987) هذه الفقرات بدون فقرات هاملتون للاكتئاب (النفسجسدية) مع مقياس Montgomery-Asberg Rating للاكتئاب . على الرغم من كون المقياس من أكثر المقاييس استخداماً في أبحاث الأمراض العقلية (Freemantle et al. 993) ، كثير من الباحثين طوروا فيها (Paykel 1985) . طور Potts et al. (1990) نسخة مقابلات تركيبية كاملة بها 17 فقرة للاستخدام في دراسة ناتج راند الطبي . الثبات بين المقيمين لعدد 2 نفسيين قاموا بالعمل على 20 حالة كان جيداً (Pearson's r = 0.96) وأكدتها دراسات أخرى Kornmer et al. (1990) . ارتباط ألفا للاتساق الداخلي كان بين 0.82 – 0.83 . ارتباط الاختبار - إعادة الاختبار كان عالياً عند 0.65 لمجموع النقاط ، على الرغم من كون ارتباطات الفقرة كانت تتراوح ما بين 0.04 إلى 0.77 (إعادة اختبار بعد 15 يوماً) . وقد تم حذف الفقرات ذات الاختبار المعاد المنخفضة النتيجة واستُخدم 14 فقرة بدلا من النسخة ذات 17 فقرة .

التسجيل

بعض الفقرات سجلت 0 - 4 والأخرى 0 - 2 فقرات المقياس سجلت 0 - 4 ، بها اختيار

الإجابات لتقييم الغياب (صفر)، وسط (1)، متوسط (2 - 3)، شديد (4)، وفقرات المقياس سجلت 0 - 2 واختيار الغياب (صفر) خفيف (1)، وجود واضح (2). هناك 4 فقرات، تمد بالتفاصيل الإضافية لخصائص الاكتئاب، لم تشتمل في النقاط الأصلية، على الرغم من أن بعض المستخدمين يضيفونها. تفسير التقديرات تم وصفه بواسطة Hamilton (1967) وأعيد الإنتاج بواسطة Williams (1984). والمجموع هو جمع بسيط (مثلا مجموع التقييمين أو ضعف نقاط تقييم واحد). للإجابات. والتسجيل العام يتراوح من صفر - 100 r بعض الدراسات قررت تسجيل كلي بحد أقصى 50. لم يعط Hamilton نصيحة عن نقاط النقاط الفاصلة، على الرغم من استخدام معظم المستخدمين للنقاط أصغر من 7 لتوضيح عدم وجود اكتئاب، من 7<17 لتمثل اكتئابا طفيف، 18<24 اكتئابا متوسطا r 25 اكتئابا شديدا. فالتنوعات موجودة (Bech et al. 1986).

الصدق

للمقياس صدق عال يتناسب مع غيره من المقاييس خاصة مع مقياس Beck، بارتباط فوق 0.70 (Hamilton 1976). قارن (1967) Schwab et al. مقياس Hamilton مع مقياس Beck على 153 مريضا داخليا. كان الارتباط بين هذين المقياسين 0.75. نقل (1977) Knesevich et al. أن مقياس Hamilton يرتبط (0.68) مع تغير التقييم الشامل على مقياس 10 نقاط. كما نقل .Hamer et al أن تسجيلا مبدئيا 8 أعطى حساسية 88% وقيمة إيجابية تنبئية 80% في مقارنة مع تشخيص تم بواسطة ASM - III. ونقل (2002) Silverston et al. أن فقرتين من مقياس 17 فقرة وهما اكتئاب المزاج فقرة (1) والقلق النفسي فقرة (10) يعتبران وسيلة تنبؤ للاستجابة للعلاج كما فرقت بين مجموعات العلاج وتنبأت بمعدلات تخفيف حدة المرض في المحاولات الإكلينيكية الخاصة بالاكتئاب.

نقل (1992) Tamaklo et al. أنه يرتبط عاليا مع مقياس - Montgomery

Asberg للاكتئاب، بينما أقر Montgomery and Asberg (1979) أن المقياس أقل حساسية عن مقياسهما. خاصة في الجانب الشديد منه. وأكد ذلك Knesevich et al. (1977). فيما نقل Carroll et al (1973) أن مقياس Hamilton أكثر قدرة عن مقياس Beck للاكتئاب للتمييز بين مجموعتين من المرضى بمختلف درجات الاكتئاب. وقد جادلوا أن المقاييس ذاتية التقرير، مثل Beck، تزيد عن وزن التسجيل الذاتي. كما قرر أن مقياس Hamilton له تأثير حجمي للتغير عن مقياس Beck (Sayer et al. (1973). وأنه حساس للعلاج (Tollefson and Holman 1993). ذكر Hamilton (1967) أن الميزان يميز بين الذكور والإناث، وأن الإناث قد يزيد لديهن نقاط الاكتئاب عن الرجال.

بينما أن، 6 من فقرات المقياس من أعراض الاضطراب الجسدي وتمثل 31% من التسجيل الكلي. إذا أضيفت فقرات الأرق insomnia التي تزيد من المرض البدني، فإن 42% من الكلي يمكن إيضاحه (Williams 1984).

على الرغم من أن التحاليل العاملية الأولى أعطت نتائج ضعيفة (Hamilton 1960)؛ فإن التحاليل العاملية الأخيرة كانت أكثر إقناعاً (Hamilton 1967؛ Mowbray 1972؛ Beck 1981). في دراسة عن التحاليل العاملية للمقياس وجد أنها أنتجت بين 3 - 7 عوامل (Berrios and Bulbena - Villarasa 1990). هناك تحليل عاملي للمقياس يعطي خمسة أبعاد حل للمقياس: على الرغم أن العامل الأول (يشتمل على اكتئاب المزاج: الذنب، الانتحار، العمل والاهتمامات، التهيج، القلق النفسي، القلق الجسدي، فقد الشهوة الجنسية) كلها عُرِفَت جيداً وفُسِّرت إكلينيكياً (Gibbons et al. 1993). حلل Doois (2003) العامل التركيبي لنسختي المقياس 17؛ 23 فقرة بعينة من الطلبة. كلتا النسختين أعطت 4 عوامل وقد انتقد المقياس لأنه ضيق، ولتركيزه على السلوك، ولإهمال المناطق الأخرى المناسبة، بما في ذلك الأعراض المعرفية والمؤثرة (Raskin 1986).

الثبات

قرر ثباته ما بين التقييم أنه جيد : ارتباطاته عالية تتراوح بين 0.84 إلى 0.98 اعتمادية قرر بأنها جيدة ارتباطها عالٍ (0.84 - 0.98) (Rehm 1981 ؛ Knesevich et al. 1977 ؛ Hamilton 1976) . اختبر (Muller and Dragicevic 2003) ثبات ما بين التقييم مع عدم وجود خبرة إكلينيكية مقيمه، بعد 3 تمرينات معيارية للتدريب ؛ كانت المعيارية متوسط عالي الدرجة (Kappa = 0.57 - 0.73) للمجموع وللفقرات .

نتائج الاتساق الداخلي للمقياس متغيرة (Beck 1981) . وعلى أساس دراسة 153 حالة طبية من مرضى المستشفيات قرر (Schwab et al. 1967) أن لديه اتساقًا داخليًا أعلى من مقياس Beck . نقل (Potts et al. 1990) بحثًا أوضح أن المقياس لديه درجة عالية من الثبات . لكن، أوضحوا أنه تم انتقاده بسبب خفض فقرات الثبات واعتماده الكبير على خبرة المقابلين، وهم متدربون نفسيًا .

مقياس هاملتون هو أكثر المقاييس المستخدمة من المقيمين (Freemantle et al. 1993) . وقد تُرجم لكثير من اللغات . على الرغم من شعبيته، فإن عدد الفقرات التي تقيس المشاكل الجسدية تحتاج بعض الحذر في التفسير .

مقياس الاكتئاب لبيك BDI

عندما يكون الباحث مهتمًا فقط بالاكتئاب، وليس بصفة عامة مهتمًا بكل من القلق والاكتئاب، إذًا من العقل استخدام مقياس خاص التصميم BDI (المعدل والمراجع) مقياس خاص وأكثر الأجهزة استخدامًا لتحديد الاكتئاب . صممه (1961) Beck et al. لأن معظم المقاييس (مثال مقياس Minnesota Multiphasic Personality) لم تكن مصممة خصيصًا لتقييم الاكتئاب أو كانت مبنية على مجموعة مصطلحات ورموز قديمة عن الناحية النفسية . وقد طور بناء على ملاحظة المؤلفين لمجموعتين من العينات من

226 و 183 مريض اكتئاب من ناحية التصرف والأعراض في أثناء علاجهم نفسيًا والاهتمام الإكلينيكي بهؤلاء المرضى، هذه الملاحظات أدت إلى خلق مقياس من 21 فقرة كل واحدة تصف سلوكًا خاصًا للاكتئاب وتحوي مجموعة تقييم ذاتي للفقرات التي تتدرج حسب الشدة (من الطبيعي إلى الحد الأقصى). وقد طورت نسخة قصيرة 13 فقرة للـBDI ولم تستخدم كثيرًا (Beck et al. ؛ Reynolds and Gould 1981 1974 ؛ Beck and Beck 1972). كما طور نسخة للأطفال والشباب (Kovacs and Beck 1997). وأضيفت نسخة جديدة للـBDI (BDI - II)، كذلك مكونة من 21 فقرة لتقييم شدة الاكتئاب (Beck et al. 1996a).

كان يُنظر إلى BDI الأصلي والمعدّل المراجع بأنه أفضل من مقياس Minnesota Multiphasic Personality وكذلك أفضل من المقاييس المشابهة مثل مقياس Zung (Hammer 1981). لقد كان مطورًا لاستخدام المقابلات، وهو الآن مقياس تقدير ذاتي. عدد كبير من الفقرات يرجع إلى الاضطراب الجسدي مما أدى إلى بعض الالتباس. لا يمكن استخدامه لتشخيص الاكتئاب في غياب تشخيص سابق، فهو مقياس للشدة بعد أن يتم التشخيص الإكلينيكي. هذا باستثناء الناس الذين تم تشخيصهم بالمرض عندما تكون نقاط BDI الخاصة بهم عالية لأسباب موقفية (مثال الحرمان). لقد تم النقل بأن لديه ثباتًا مقبول المستوى للاستخدام كجهاز بحثي لكبار السن (Gallagher et al. 1982). وهو يستغرق 10 - 15 دقيقة لتكملته ويمكن أن يكون ذاتي الاستخدام أو من خلال المقابلات.

المحتوى

مقياس BDI المعدل والمراجع و BDI - II يحتوي على 21 فقرة محتوية على الأعراض المعرفية للاكتئاب. وكلا لديه 4 اختيارات للإجابات، في شكل عبارات، من حيث الشدة: يختار منها المستجيب إحداها تتناسب مع شعوره الشخصي في "هذه اللحظة".

الأعراض التي يأمل BDI قياسها هي الحزن، التشاؤم / عدم التشجع، الإحساس بالفشل، عدم الرضا، الذنب، توقع العقاب، عدم حب الذات، الاتهام الذاتي، أفكار انتحارية، بكاء، تشنج، الانسحاب الاجتماعي، تردد، انقلاب صورة الجسد، تأخر العمل، عدم النوم، التعب، إفراط تناول الطعام، فقد الوزن، انشغال البال جسدي، فقد الرغبة الجنسية، كل فقرة من 21 فقرة BDI - II الجديد تحوي قائمة من 4 عبارات عن عرض من الاكتئاب في ترتيب للشدة المتزايدة. مما يأخذه خط مجال النسخة الرابعة لمعيار الاكتئاب (DSM - IV) النفسية الأمريكية (American Psychiatric Association 2000). هناك فقرات جديدة لاستبدال فقرة فقد الوزن، تغيرات صورة الجسم، إنشغال البال جسدي. الفقرة الأصلية عن صعوبة العمل روجعت للكشف عن فقد الطاقة فقرات فقد النوم وفقد الشهية تم مراجعتها لمعرفة زيادة أو نقص هذه المناطق. لكي تتماشى مع DSM - IV فإن هناك إشارات تحتاج تقدير أعراض الاكتئاب خلال الأسبوعين السابقين، حيث اختلف الوقت من أسبوع إلى اثنين في حالة BDI - II.

الأمثلة هي :

أنا لست متشائماً أو غير متشجع للمستقبل.

أحس بأن ليس لدي شيء أتطلع إليه.

أحس بأنني لن أتخلص من مشاكلي أبداً.

أحس أن المستقبل بدون أمل وأن الأشياء لن تتحسن.

أنا لست متهيجاً الآن مثلما كنت.

أن أتضايق بسهولة مقارنة بالسابق.

أصبح متهيجاً كل الوقت.

لا أتهيج بالمرة من الأشياء التي كانت تتسبب في تهيجي.

لم أقصد الاهتمام بالغير .

أنا أقل اهتماماً بالناس الآخرين عن ذي قبل .

لقد فقدت الاهتمام بالغير ولدي شعور ضعيف تجاههم .

فقد كل الاهتمام بالغير ولا أهتم بهم بالمرة .

مقياس Beck للاكتئاب أعيد بعد أخذ الإذن وحقوق طبع الـ BDI لدى المؤسسة النفسية (PsychCorp.com) وعنوانها 555 أكاديمك كورت، سان أنطونيو، تيكساس، 2498 - 78204 و 24 طريق أوفل. لندن NW1 7DD المملكة المتحدة، إليهم توجه كل الاستفسارات الخاصة بإعادة الإنتاج والاستخدام.

التسجيل

أسس BDI على مقياس Guttman. والمقياس الذي تم تعديله ومراجعته يسمح باختيار 7 - 4 إجابات وزنها صفر – 3. روجع المقياس الأصلي في (1974) وفي (1978) مع معايرة اختيارات الإجابة إلى 4 لكل فقرة، مازالت تحمل كل فقرة وزناً من صفر – 3.

والقيمة الرقمية صفر (منخفض) إلى 3 (مرتفع) وهي تقيم لكل حالة محددة درجة الشدة. في بعض المستويات هناك عبارتان متبادلتان (2a, 2b) تقدمان في مستوى واحد ولكن لهما نفس الوزن. وفي النسخة المراجعة يوجد تسجيل بديل واحد لكل مستوى (لهذا لا يوجد نفس الوزن لأكثر من عبارة). تسجل الفقرات بمجموع كلي أقصى 63. والقدرة على تحليل التسجيلات كبيان مستمر يجعلها مفضلة لنفاذ النقاط الفاصلة التي يجادلون بأنها صناعية (Steer et al. 1986). هناك، بعض إشارات تسجيلية موجودة ومختلفة قليلا. وعموماً، فإن البيانات المعيارية تعطي اقتراحاً للمستويات التالية للشدة: طبيعي صفر – 9، وسط 10 - 15، وسط إلى متوسط 16 - 19، متوسط إلى شديد 20 - 29، شديد +29 . (Steer et al. 1986) اقترح خطة تسجيلية مختلفة. والمقياس متوفر في شكل مناسب للتسجيل الكمبيوتري

من Minneapolis ؛ National Computer Systems، قيمة المقياس في أنه يمكن تحليله كيان مستمر ، بدون الحاجة إلى نقاط فاصلة صناعية .

الصدق

نشر (Beck et al. 1988) عدد من المراجع على الصدق والثبات للمقياس المعدل والمراجع . أوضحت الاختبارات أن هذه لديها مستوى متوسط للصدق وللثبات والصلاحية ، على الرغم من أن معظم الاختبارات قد أجريت على الأشخاص المرضى نفسيًا . يرتبط المقياس جيداً من تقديرات الأطباء لشدة الاكتئاب ومع مقاييس اكتئاب أخرى . نقل الباحثون ارتباطًا بين تسجيل Beck و Global للشدة (r = 0.62 - 0.77) . Crawford-Little and ؛ Metrns et al. 1982) Metcalfe and golelman (1995) ؛ Beck et al. 1975 ؛ McPhail 1973) . نقل Kearns et al. 1982 أن Beck ضعيف في تفريق الاكتئاب المتوسط عن الشديد . على أساس اختبار على 226 مريضًا خارجيًا و 183 مريضًا في مجموعات تكرارية لاختبار BDI ضد تشخيص نفسي مستقل بواسطة 4 أطباء . كانت موافقتهم مع المقياس 56% ، والموافقة داخل درجة من التخصص 97% من الحالات . نقل المؤلفون أن المقياس قادر على التمييز بين عمق الاكتئاب المبني على التقديرات الإكلينيكة للمجموعة الأصلية المجموعة والمكررة بارتباط يتراوح من 0.59 إلى 0.68 . ارتباط 0.66 تم الحصول عليه بين Beck وقائمة الاكتئاب المضافة و 0.75 بين Beck مقياس Minnesota Multiphasic (Beck 1970) . استخدم بنجاح في العيادات ومجموع السكان ؛ على الرغم أن معظم الدراسات ركزت على المرضى النفسيين (Beck et al. 1961 ؛ Williams 1984) وضد Hamilton ، فإن الارتباط وصل 0.58 إلى 0.82 (Schwol et al. 1967 ؛ Williams et al. 1972 ؛ Beck et al. 1975 ؛ Davies et al. 1975 ؛ Miller et al. 1985) . جادل Carrol et al.(1973) أن هذا يغطي على غياب التطابق للمستوى الشديد للاكتئاب . في دراسات من 1961 إلى 1986 قام

بها (1988) .Beck et al أظهرت أن الصدق المتزامن للـBDI بالنسبة للمقارنة مع التقييم الإكلينيكي ومقياس Hamilton للاكتئاب كانت مرتفعة. ومتوسطة الارتباط مع مقياس Hamilton والتقييم الإكلينيكي للمرضى النفسيين فوق (0.70). وبالنسبة لمتوسط الارتباط لغير المرضى النفسيين 0.74 و 0.60. كما أوضح Beck التمييز بين الأنواع الفرعية للاكتئاب وتميز الاكتئاب عن القلق. وأوضحت الدراسات العلاقة بين Beck والسلوك الانتحاري والإدمان الكحولي ويوجد دعائم لقدرته التمييزية وصدقه المجمع (Moreno et al. 1993). نقل أن المقياس مرتبط مع الدعم الاجتماعي الإدراكي لدراسة للكبار المصابين بالارتباك من كانت لهم تسجيلا BDI منخفضة نقلوا أنهم تلقوا دعمًا اجتماعيًا أكبر (Morris et al. 1989). نقل (Novy et al. 1993) بأنه عالي الارتباط مع State-Trait Anxiety Inventory في دراسة لأشخاص يعانون الألم. روجع صدق الصلاحية للـBDI على يد (1998) .Richter et al.

قورنت BDI - II مع BDI الأصلي المعدل و بواسطة (1996b) .Beck et al في دراسة عن المرضى النفسيين من العيادات الخارجية وكان الميزان ذاتي الاستخدام. متوسط نقاط BDI - II الكلية كانت أعلى بنقطتين عن المقياس الأصلي، وفي العيادات الخارجية أضافوا أحد الأعراض على BDI - II عن الأصلي. ارتباط BDI بالجنس والعمر، والسلالة، ومقياس Beck للقلق وتشخيص الناحية المزاجية كان كل واحد فيما بين نقطة واحدة من ارتباطات BDI - II مع نفس المتغيرات. أظهر BDI - II قدرته على التمييز بين المرضى الخارجيين بمرض اكتئاب رئيسي وهؤلاء بالخلل العقلي (Ball and Steer 2003)، والمرضى الخارجيين المصابين بالاكتئاب الخفيف والمتوسط والشديد. (Steer et al. 2001). دراسة نفسية لكبار السن 55 وأكبر ممن هم داخل المستشفيات: اقترحت BDI - II يمكن أن يستخدم مع مرضى الاكتئاب الإكلينيكي الكبار ممن هم من داخل المستشفيات (Steer et al. 2000). دراسة في العناية الأولية قام بها .Arnau et al

(2001) أوضحت أن BDI - II مرتبط باستبيان SF - 36 لقياس الحالة الصحية الأعراض (بما في ذلك البعد العقلي الصحي)، مؤكداً صدقه التجميعي. قد نقلوا أن تحليل خصائص العامل المستقْبل أوضح معيار ارتباط للصدق: نقاط BDI تنبأت بتشخيص العناية الأولية المعيارية لمرضى اكتئاب رئيسي وأثبتت إمكانية استخدامه في العناية الأولية. (Krefetz et al. 2002) استخدموا BDI - II لمرضى شباب نفسيين من المستشفيات وكان ارتباطه واضحاً مع مقياس RADS: r = 0.84 مؤكداً صدقه التجميعي مع هذه المجموعة. كما كانت المناطق تحت منحنيات خصائص العامل المستقبل (ROC)، للـ BDI - II و للـ RADS 0.78 - 0.76 على التوالي.

اقترحت دراسات Beck et al. (1988) أن مقياس BDI المعدل والمراجع الأصلي يمثل متلازمة عامة للاكتئاب، ويشمل 3 عوامل مترابطة بشكل عال: سلوك سلبي للذات أو انتحار، تلف الأداء واضطراب جسدي. وعند استخلاص عوامل الدرجة الثانية، ظهر عامل اكتئاب فردي عام (Beck et al. 1988; Shaver and Brennan 1991). أشار تحليل عاملي آخر أنه يقيس شدة الاكتئاب في معظم الأحوال أحادية الأبعاد، معتمداً بثقل على الأعراض المعرفية (Louks et al. 1989).

التحليل العاملي لـ BDI - II مع المرضى خارج المستشفى البالغين المصابين بالاكتئاب الإكلينيكي وعموم المرضى خارج المستشفى النفسيين أظهروا أن عاملين يمثلان: التأثير الجسدي والأبعاد المعرفية (Beck et al. 1996a; Steer et al. 1999). هناك تحليل عاملي مؤكد دعم النموذج المكون للـ BDI - II من بعد درجة – ثانية فردي للاكتئاب ذاتي التقرير، المكون من عددين من عوامل الدرجة الأولى اللذين يمثلان الأعراض المعرفية وغير المعرفية (Steer et al. 1999). تم تأكيد هذه النتائج بواسطة Arnau et al. (2001) في دراسة لمرضى العناية الأولية.

الثبات

ثبات BDI الأصلي اختبر بواسطة مطوريه على 226 مريضًا خارجيًا وداخليًا و 183 مريضًا في مجموعة متكررة (كلهم بالغون) تم اختبار الاتساق الداخلي على 200 حالة. نقاط كل فقرة من 21 فقرة اختبرت بواسطة BDI للنقاط لكل فرد؛ كلهم كانوا متناسبين في P < 0.0001؛ الثبات باستخدام التجزئة النصفية اختبر باستخدام 97 من الحالات، والارتباط بين النصفين للمقياس كان (0.86). كما قيم الثبات باستخدام التجزئة النصفية مع مجموعة من البالغين بواسطة Weckowicz et al. (1967)، نقل هؤلاء المؤلفون رقمًا أقل 0.53. أظهرت أشكال بديلة من الثبات لاختبار النسخة الأصلية ذات 21 فقرة مع الشكل القصير ذي 13 فقرة، وكان الارتباط يتراوح بين 0.89 و 0.97؛ مقترحًا أن النسخة القصيرة يمكنها أن تستخدم بدلا من النسخة الطويلة (Beck et al. 1974). على الرغم من أنه يجب الحرص من أن نسخة الشكل القصير عادةً أقل اتساقًا (Smith et al. 2000).

لم يوص (Beck et al. 1961) بالطرق التقليدية للاختبار - إعادة الاختبار في حالة الأشخاص المتذكرين تسجيلهم وانحراف نتائج إعادة الاختبار (مدد قصيرة)؛ أو وجود تغير جذري في شدة الاكتئاب عبر الزمن (مدة طويلة. لذا فقد نفذوا ارتباط الاختبار - إعادة الاختبار، ومعه تقدير نفسي مكرر في حالة الأشخاص المتذكرين للتسجيل أو تغيرات جذرية بين الاختبارات. قررت العلاقات الثابتة بين الجهاز والتقييم الإكلينيكي؛ باستخدام 38 حالة 2 - 5 أسبوع بينية. كانت معاملات الثبات فوق (0.90) (Beck 1970; Beck et al. 1961). نُفِّذ ارتباط الاختبار - إعادة الاختبار عند 6 - 21 يومًا منفصلة بواسطة Gallagher et al. (1982)، على عينة من 159 مريضًا ومتطوعًا بمركز صغير بلوس أنجلوس. كان الاختبار - إعادة الاختبار الارتباطي لمجموع العينة؛ والعينة الفرعية العادية والعينة الفرعية المصابة بالاكتئاب (0.95 و 0.86

و 0.79) بالترتيب . قرر Groth - Marnat (1990) ثبات الاختبار – إعادته يتراوح بين (0.48 - 0.86) اعتماداً على توقيت الزمن .

Gallagher et al. (1982) قام أيضاً باختبار للاتساق الداخلي للمقياس وسجل معامل ألفا (0.91 و 0.76 و 0.73) للمجموعات الثلاث على التوالي، مشيراً إلى الاتساق الداخلي المرتفع . وقرر Beck et al. (1986) في دراساته الواسعة أن تقديرات ما بعد التحليل للاتساق الداخلي للـBDI أنتج معامل متوسط ارتباط ألفا 0.86 للمرضى النفسيين و 0.81 لغير المرضى النفسيين. ارتباط ما بين فقرة كانت نتائجه التي قررها Schwwab et al. (1967) منخفضة 0.32 إلى 0.62 على أساس دراسة 153 مريضاً بالمستشفى .

وقد اختبر مطور BDI - II الفقرات الجديدة على 500 مريض، وقارن المنحنى، وأظهر BDI - IIتحسن الحساسية الإكلينيكية وكان الاتساق الداخلي أعلى من BDI الأصلي (معامل ألفا – 0.92) (Beck et al. 1996a). وفي دراسة Beck et al. (1996b) المقارنة، كان معامل ألفا للأصلي وللـ BDI - II 0.89 ؛ 0.91 على التوالي. استخدم (Krefetz et al. 2002) BDI - II للشباب من مرضى المستشفيات النفسيين وقرر أن Cronbach's alpha للـ BDI - II 0.92 .

BDI ينظر إليه على أنه المقياس المختار للباحثين في انتقاء الأشخاص المكتئبين من مجموع السكان الكبير ، على الرغم، أن دقته ؛ مثل معظم المقاييس، تعتمد على الدقة الدافعية للتقرير دقة حالة الأفراد العاطفية (Stehouwer 1985). قرر Reynold and Gould (1981) ارتباط 0.26 بين BDI ومقياس Crowne and Marlowe Social Desirability مقترحاً أنه يعاني من انحراف تواضع للرغبات الاجتماعية. وهذا هو الحال لأجهزة التوتر الذاتي عموماً. وقد استخدم عبر العالم، وقد قررت الخصائص السيكومترية للـ BDI - II المترجمة (مثلا بالأسبانية على يد (Penley et al. 2003) .

مقياس اكتئاب وقلق المستشفى (HADS)

لقد تم تطوير HADS بواسطة Zigmond and Smaith (1983) وهو مقيم مختصر للقلق والاكتئاب يتكون من 14 فقرة مقسمة إلى مقياسين فرعيين للقلق والاكتئاب وفيه يسجل المريض كل فقرة على مقياس من 4 نقاط. كما في كل الأجهزة ذاتية التقييم، يُستخدم للأغراض المسحية وليس للتشخيص المحدد. وكلمة "مستشفى" في العنوان تؤدي إلى سوء الفهم حيث إن كثيراً من الدراسات قد أكدت أنه صالح عند الاستخدام في المجتمعات وفي العناية الصحية الأولية (Smaith 2003).

هناك مشكلتان شائعتان مع الاستبيان للتعرف على خلل الناحية المزاجية وهي أن النقاط تتأثر بالحال البدني للمريض، كما أن التميز غير كافٍ بين خلل مزاجي وآخر. قام Zigmond and Smaith بتطوير مقياس HADS لإجابة الجزئية على هذا. المقياس يقيس arhedonic الاكتئاب حيث يتخذه المؤلفون كمؤشر للـhypomelancholia ويوصي بعمل وصفة مضاد الاكتئاب لمن لديهم تسجيل عالٍ. أوصي Smaith (1987) أيضاً باستخدام باحث – استخدام مركب ومقياس ذاتي التقييم.

تخلص المؤلفون عمداً من كل الفقرات المرتبطة لكل من الناحية العاطفية والأمراض البدنية (مثال الدوار والصداع)، والفقرات المشمولة في HADS قد أسست فقط على الأعراض النفسية لمرضى الأعصاب. كما هدفوا إلى التمييز بين مفاهيم القلق والاكتئاب. تشمل الفقرات السبع المقياس الفرعي للاكتئاب والمبنية على حالة الواقعية. وبرر المؤلفون ذلك بمرجعية الشواهد النفسية المرضية لهذا النوع من الاكتئاب الذي يستجيب جيداً للعلاج الدوائي وبذلك فهو مفيد كمعلومات إكلينيكية. الفقرات السبع الشاملة لمقياس القلق الفرعي تم اختيارها بعد دراسة اختبار الحالة الحالية وتحليل الظواهر السيكولوجية للقلق العصبي. تم تطوير مقاييس الشدة بتقديرات مدرجة من صفر – 3.

المحتوى

عكس المقاييس الأخرى، HADS ليس مشتقًا من التحليل العاملي ولكن من التجارب الإكلينيكية. يتكون من قسمين، مع 4 نقاط مقاييس إجابة. أحد الأقسام يحوي سبع فقرات عن الاكتئاب والآخر يحوي سبع فقرات عن القلق. يقيم المقياس الحالة العاطفية خلال "الأسبوع السابق". مثال للمقياس:

أحس أني مشدود أو "متهيج":

معظم الوقت.

وقت كبير.

من وقت إلى آخر، بالمناسبة.

تمر في عقلي أفكار محيرة:

جزء كبير من الوقت.

وقت كبير.

من وقت إلى آخر وليس كثيرا جداً.

فقط بالمناسبة.

أحس بأنني بطيء:

معظم الوقت تقريباً.

كثيراً جداً.

بعض الوقت.

أبداً بالمرة.

جاءني إحساس بالفزع:

كثيراً جداً.

كثير بدرجة كافية.

ليس كثيراً.

أبداً بالمرة.

(طباعة HADS © R. P. Snaith and A. S. Zigmond للسنوات 1983 و 1992 و 1994. نشرت فقرات نموذج التسجيل أصلاً في Acta Psychiatrica Scandinavica، مجلد رقم 67 (1983). ونشرت من Munksgaard International Puplishers Ltd.، كوبنهاجن 1983. تم إعادة نشر المقتطف بعد إذن الناشرين شركة NFER - NELSON للنشر، دارفل هارس، 2 طريق أوكسفورد الشرقي، وندزر، بيركشير، SA4 1DF، اللملكة المتحدة. كل حقوق الطبع محفوظة.)

التسجيل

للفقرات الفردية تسجيل من صفر – 3 إلى 3 – صفر، اعتماداً على اتجاه كلمات الفقرة. يمثل التسجيل للفقرة درجة الخوف: لا = صفر، قليل = 1، كثيراً – 2، لا يحتمل = 3. تجمع الفقرات. التسجيل العالي يشير إلى وجود مشاكل. استخدام التشخيص النفسي كمعيار ذهبي، تدريج الاكتئاب للـHAD من 7 أو أقل يعتبر سليماً، 8 - 10 حالات شك، + 11 تمثل حالات مرضية أكيدة. كثير من النقاط الفاصلة استخدمها الباحثون، لكن النقطة الفاصلة + 11 تمثل أنسب اختيارات التفريق بين الحالة المرضية والسليمة (Carroll et al. 1993).

الصدق

تم اختبار المقاييس للصدق على أكثر من 100 مريض نفسي خارجي وعاملين بالمستشفى، وبنتائج جيدة (Zigmond and Snaith 1983). نقل أن اختبارات على 50 مريضا أن درجات الشدة ارتبطت عاليًا مع التقييم النفسي (r = 0.70) للاكتئاب

و r = 0.74 للقلق (وانظر Zigmond and Snaith 1983 ؛ Snaith and Taylor 1985) . كان هناك شواهد أن فقرات القلق والاكتئاب تتناول أبعاداً مختلفة . كان هذا مفهوماً بسهولة ومقبولاً من المرضى. قرر Fallofild et al (1987) مستوى جيد من القبول بين المرضى. كما أقر Aylard et al. (1987) ارتباطاً مع مقاييس أخرى للقلق والاكتئاب بين (0.67 - 0.77) . وقد نقل أنه يؤدي أفضل من استبيان الصحة العامة (Goldbery 1978) في الكشف عن الحالات ضد معيار التقييم النفسي (Wilkinson and Barczak 1988) .

كما نقل بأنه معادل لاستبيان الصحة العامة في القدرة على التعرف على حالات أمراض نفسية صغيرة (Lewis and Wessely 1990) . وله حساسية 88% كجهاز مسحي (عند نقطة البداية 8) ، عند مقارنته مع المقابلة التركيبية الإكلينيكية للـ ASM - III (Hamer et al. 1991) . كان حساساً للتغير في دراسة علاج مرضى بأمراض عصبية (Tyrer et al. 1988) . هناك اختبارات بواسطة Zigmond and Snaith (1983) أوضحت أن المرضى النفسيين، الذين لم يقيّموا بأن لديهم خللاً في المزاج، كانت نقاطهم مساوية للطبيعيين ولم يتأثر المقياس بالأمراض البدنية . مما يؤكد صدق بنائه أنه ميّز بنجاح بين الأشخاص المصابين بالصرع من عدمه (Trueman and Duthie 1998) وبين الأفراد المصابين بظاهرة Sjögrens ومرضى الالتهاب المفصلي (Valtysdottir et al. 2000) . وكان حساساً للتحسنات في تجربة محكومة عشوائية (RCT) للعلاج السلوكي (Evans et al. 1999) . كما قارن (Le Fevre et al. 1999) . HADS مع GHQ وأقر أن تسجيل نقطة فاصلة مركبة من 20 كان لديها حساسية 0.77 وتخصصية 0.85 مع قيمة تنبُئية 0.48. كما اقترح أن القلق والاكتئاب للمقاييس الفرعية يجب أن يتم فصلهما من ناحية التسجيل . في دراسة عن مرضى الرعاية الملطفة (Lloyd-Williams et al. (2001 كانت مقاييس HAD منخفضة الكفاءة عند

استخدامها كجهاز مسحي. وقد نقلوا نقاطا فاصلة قصوى 19، التي حصلت على حساسية 0.68 وتخصصية 0.67 مع تنبؤ إيجابي 0.36.

تحليل عاملي للمقياس قام به (1993) Andderson الذي نقل أن عاملين لا يقسمان الفقرات كما يجب، وآتيا بنتائج أفضل حل ذي 4 عوامل منها 3 عوامل مفسرة. لكن، تحليل عاملي قام به (Moorey et al. 1991)، أكد العاملين التركيبين للمقياس اللذين أثبتا إثباتا عندما تم تحليل العينات الفرعية مع العينة الكلية. قام (Martin et al. 2003) بالتحليل العاملي للمقياس لمرضى قلب. وقد قرروا أن تركيب العامل الأساسي يشتمل على 3 عوامل: عدم الانشراح قلق نفسي وتهيج حركي ويحتاج تركيب العامل إلى أبحاث أخرى مع تنوع المجموعات الإكلينيكية.

وجد المقياس الفرعي للاكتئاب معقول التخصصية والحساسية في اللغة الأوردية من الأسيويين المقيمين في لندن (Nayani 1989)، على الرغم أن المقياس ترجم ببساطة إلى هذه الدراسة وليس محوراً للأشخاص الأسيويين (انظر نقد Chaturvedi 1995). كما أن (1991) Mumford et al. نقل أن الدراسات اختبرت المرادف المفهومي للمقياس المترجم ووجدت أنه مرضي النتائج. كما استخدم المقياس في العديد من الدول مثل السويد، هولندا، أسبانيا مع نتائج جيدة للصدق والثبات (Berglund et al. 2003؛ Kuijpers et al. 2003؛ Quintana et al. 2003).

الثبات

محاولات تمت لمقاومة انحراف الإجابات في المقياس من خلال تغيير ترتيب الإجابات بحيث في فقرة واحدة تشير الإجابة الأولى إلى الشدة القصوى وفي فقرة أخرى تشير الإجابة الأخيرة إلى الشدة القصوى. هناك أربع إجابات تم اختيارها لمنع الأفراد من إعطاء أعلى درجة للدرجة الوسطى.

كما اختبر المؤلفون الاتساق الداخلي للمقياس، باستخدام بيان من 50 مريضاً. ارتباط فقرة القلق تتراوح من (0.41 - 0.76). تحليل فقرات الاكتئاب أشارت إلى فقرة ضعيفة واحدة تم حذفها من المقياس ("لقد قمت من النوم قبل احتياجي إلى النهوض")، وكذلك أيضاً مع أضعف فقرات القلق، باقي فقرات الاكتئاب ارتبطت بمدى (0.30 - 0.60). كما قرر Moorey et al. (1991) ارتباطات عالية.

تم اختبار المعيار للثبات مع 50 مريضاً آخر وجاء الحكم على النتائج بأنها مُرضية (التدريج الخاطئ الإيجابي / السلبي بين 1 - 5%). ارتبطت تقييمات الشدة مع التحكيم النفسي مع نتائج الاكتئاب: 0.70 وللقلق 0.74. الارتباطات بين الفقرات والمقابلات التقييمية أعطت بعض الشواهد بأن فقرات الاكتئاب والقلق تتناول أبعاداً مختلفة للناحية المزاجية، وليس نفس الشيء؛ على الرغم من عدم القدرة على التخلص من التراكب. وإنه مفهوم ظاهرياً لسهولته وتم استكماله بواسطة المرضى.

قدم المؤلفون HADS كجهاز ذي ثبات وصدق، برغم كونه يحتاج إلى عمل إضافي لكل من ثباته وصدقه.

استبيان الصحة العامة لجولدبرج (GHQ)

GHQ هو أكثر القياسات ذاتية الاستكمال استخداماً للأمراض النفسية في المملكة المتحدة وكذلك لديه استخدامات في العالم. من المميزات الهامة لمستخدمي GHQ وجود كتيب حديث قوي دوري يحتوي على طرقه ومراجعة شاملة للتطبيقات والدراسات الشاملة على الثبات والصدق قام بها (Goldberg 1978؛ Goldberg and Williams 1988).

طور GHQ في لندن في الستينيات والسبعينيات وكان الغرض منه استخدامه في المجال العملي العام. تم استنباطه من مقاييس مختلفة، منها مؤشر كورنل الطبي. في

تركيب GHQ كان هناك اعتقاد بأن مفهوم الأمراض النفسية مناسب مع بيئات الممارسة العامة.

GHQ هو استبيان مسحي للتعرف على الأمراض النفسية المستقلة الشكل ولا يستخدم في التشخيص الإكلينيكي. عند الضرورة، تستخدم استراتيجية من مرحلتين. وهو ليس مناسبًا لتقييم المشاكل المزمنة، حيث لا يمكن التعرف عنيها. فهو قياس صاف للحالة، يقيم الحالة الحالية مقارنة بالحالة الطبيعية (كلمات هذا السؤال ليست منحرفة حيث يرى معظم الناس أن حالتهم المعتادة هي الحالة الطبيعية) (Goldberg and Williams 1988).

ميزة GHQ هو تركيزه على المكونات الأوسع للمرض النفسي (على الأخص القلق والاكتئاب) ومصمم للعمل ذاتيًا. لا يمكنه التعرف على أحوال المخ غير الطبيعية، وخرف الكبار، والجنون (فمعظم من هم في هذا المستوى غير قادرين على استكمال الاستبيان). لم تكن نية استخدامه للتعرف على أمراض نفسية وظيفية مثل (الشيزوفرنيا أو الاكتئاب النفسي)، على الرغم أن هذه الحالات يمكن قياسها. أوضحت دراسة على 111 حالة مرضية حادة لكبار السن بالمستشفيات O'Riordan et al. (1990) أنه لا يوجد هناك اختلافات واضحة على GHQ عندما يكون المتغير هو الخلل العقلي (مثال بين مرضى الاكتئاب الطبيعي ومرضى الاكتئاب الجنوني)، على الرغم من أن بدايات التسجيل تحتاج إلى الرفع.

هناك ميزة أخرى لاستخدام GHQ هي وجود نسخ عديدة قصيرة (12، 20، 28، 30)، التي يعتبر ثباتها أقل وكذلك الحساسية عن النسخ الطويلة (60 فقرة)، لكنها أكثر ملاءمة للاستخدام مع كبار السن الضعفاء. للنسخة ذات 28 فقرة لديها ميزة إضافية في أنها تسمح بالتحليل عن طريق المستويات الفرعية (Goldberg and Hillieier 1979).

أفضل من العادي، مثل العادي، أقل من العادي، أقل كثيراً من العادي.

قضاء وقت طويل للدردشة مع الغير؟

زمن أكثر من العادي، زمن مثل العادي، زمن أقل من العادي، زمن أقل من العادي بكثير؟

الإحساس أن كل ما يمكنك عمله جيد؟

أفضل من العادي، نفس العادي، أقل من العادي، أقل بكثير من العادي.

الإحساس بعدم السعادة والاكتئاب؟

أبداً، لا يزيد عن العادي، أكثر من العادي، أكثر بكثير من العادي.

الإحساس أن الحياة لا تستحق المعيشة؟

أبداً. لا يزيد عن العادي، أكثر من العادي، أكثر بكثير من العادي.

(الفقرات المقتطفة من GHQ 30 حقوق طبعها لدى David Goldberg 1978، وحقوق طبع GHQ 60 لدى David Goldberg والمعهد النفسي 1978، بعد موافقة الناشرين NFER NELSON شركة النشر المحدودة، دارفل هاوس، 2 طريق أوكسفورد الشرقي، ونزر، بيركشير، SL4 1DF، المملكة المتحدة. كل حقوق الطبع محفوظة.)

التسجيل

GHQ يحتوي على قائمة من العبارات لسؤال المستجيبين للمقارنة بين خبراتهم الحديثة وحالتهم العادية على مقياس 4 - نقاط من الشدة. والتسجيل يحوي صفر أو 1 (إن مقياس التسجيل صفر - صفر - 1 - 1 حيث يتبع النقاط ترتيب مستويات الإجابة خلال الصفحة من اليمين إلى اليسار؛ هو أكثر المقاييس استخداماً). بعض الفقرات سليمة، والأخرى إيجابية. GHQ هو مجموع نقاط التسجيل للفقرات. إن مقياس التسجيل صفر - صفر - 1 - 1 تعتمد على عدد الأعراض ببساطة وهو أبسط المقاييس

ويتجنب مشاكل انحراف المستخدم المتوسط . هناك بديل يُسمى Likert-type severity جهاز التسجيل للشدة .

نظرًا إلى طبيعة إجابة المقياس ، GHQ فهو يفقد الحالات المزمنة ، حيث إن إجابة المستجيب "مثل العادي" = صفر للأعراض التي عايشوها ويعايشونها لمدد طويلة . لكن : Goldberg and Williams (1988) أشارا إلى فقد الحالات بأنها ضئيلة حيث يتعلق الكثيرون بمفهومهم من "الذات العادية" بأنه بدون أعراض . ويقترحون وضع أسئلة عن الأدوية المأخوذة وعن اعتقاد الشخص بأن لديه حالة عصبية للتعرف على المرضى المزمنين. جادل Goodchild and Duncan Jones (1985) أن الإجابة "لا أكثر من العادي" إلى فقرة تصف الناحية المرضية يجب أن تعالج كمؤشر لمرض مزمن بدلا من معاملتها على أنها الصحة الجيدة كالمعتاد . قرروا بيانا أظهر أن التسجيل مراجعٌ ليعكس هذا (صفر - 1 - 1 - 1) معطيًا تنبؤًا أفضل لوجود حالة ، بقياس اختبار الحالة الحالية ، بدلا من التسجيل التقليدي ، وكان أكثر ثباتًا في إعادة الاختبار . هذا يتكون من قسمة أسئلة GHQ إلى فقرات للتعرف على وجود حالة (سلبي مثال الإحساس المستمر بأنه تحت الضغط) أما تلك الفقرات التي تشير إلى الصحة (الإيجابي مثال يستمتع بالنشاط اليومي) . هذه الطريقة تحدد تسجيلا لمن تكون إجابته "مثل العادي" لأي من الفقرات السلبية لذا فإن التسجيل للسلبي يصبح (0111) وللإيجابي (0011). ميزة إضافية هي أن التسجيلات موزعة طبيعيًا والمقياس يكون أكثر حساسية عند الاستخدام عبر الزمن . استمرارًا للتطور الحالي للطريقة ، اقترح Goldberg and Williams أن هذه الطريقة يجب أن تستخدم بالإضافة إلى الطرق السابقة وليست عوضًا عنها . Surtees (1987) اختبر كلتا الطريقتين للتسجيل في دراسة طولية للحالات النفسية للنساء . وقد قرروا أن تحليل ROC أظهر أن كلا التسجيلين ميّز الحالات الظاهرة من الأخرى ، ولم يكن هناك اختلافًا واضحًا في قدرتهم على عمل ذلك . أظهر Goldberg and

Williams (1988) أن نتائج مشابهة تم الحصول عليها مع طريقتي التسجيل، المختلفتين وتم وجود مكسب قليل بواسطة تسجيل Likert للشدة.

التسجيلات البدنية تعرّف بأنها موازية لمفهوم "وجود حالة" الذي يمثل المريض العادي لدى الأطباء النفسيين. إذا تمت مقارنة نتائج مجتمع نقاط GHQ مع تقييم نفسي مستقل، من الممكن ذكر عدد الأعراض حيث احتمالية أن الشخص يعبر عن حالةٍ تزيد عن 0.5. يسمى هذا التسجيل البدئي threshold score. نسبة المستجيبين بتسجيل فوق البدئي يدل على إمكانية حدوث المرض. أظهر Finlay Jones and Murphy (1979) أنه لكي تتعرف على "الحالة" التي تمثل المعيار الناتج عن اختبار الحالة الحالية، فمن الضروري رفع التسجيل البدئي.

من الممكن مقارنة كمية الحالات النفسية في مجموعتين من السكان بمقارنة الميل المركزي المتوسط، الوسيط، والانحراف المعياري للتسجيل لكل مجتمع. أيضاً يمكن للمجتمع أن يختبر في مناسبات مختلفة لتقييم التغيرات في الحالات النفسية عبر الزمن.

حيث إن المرضى بدنيًا تسجيلهم عالٍ على GHQ. فليس من المدهش أن يكونوا ممثلين عاليًا في التسجيل الإيجابي الخاطئ. اقترح Goldberg and Williams رفع التسجيلات البدئية عند الاستخدام للحالات البدنية الشديدة. في بداية كتيب (Goldberg 1985) لاستخدام GHQ، إشارة لاستخدام التسجيل البدئي لإسراع التمييز في المجتمعات المختلفة.

الصدق

المكونات الأساسية وتحليل الفقرة المستخدمة في أثناء تطور GHQ أكد أن له صدق محتوى؛ كشف صدق البناء في تحليل المكونات الأساسية الذي أظهر أن هناك عوامل

كثيرة في كل التحاليل. هناك أدلة كافية على أن تقييم شدة المرض النفسي تتناسب مباشرةً مع عدد الأعراض المنقولة في GHQ (Goldberg and Huxley 1980). الصدق التنبؤي لـ GHQ في مقارنة مع اختبارات القياس الأخرى المعروفة للاكتئاب كان أيضاً جيداً (Goldberg 1985 ؛ Williams 1987).

تم عمل أكثر من 50 دراسة صدق على GHQ. أقر كثير من الدراسات كل من (1983) Vieweg and Hedlund. على الرغم من عدم كمالها، إلا أنها ترتبط جيداً مع التشخيص النفسي للمرض وللاكتئاب (Finlay Jones & Murphy 1979 ؛ Williams 1987). GHQ 30 أكثرها صدقًا. مثال. 29 من هذه الدراسات قام بها Goldberg and Williams (1988). الارتباطات مع معايير ذهبية أخرى دعمت صدق المحك لـ GHQ. مع استخدام مقابلات عيارية نفسية مثل المعيار الذهبي، نقلت حساسية مداها 0.55 و 0.92 اعتماداً على اختيار التسجيل البدئي (Vieweg and Hedlund 1983). مقارنة نقاط GHQ مع مقابلة إكلينيكية تركيبية (مثال اختبار الحالة أو جدول المقابلة الإكلينيكي)، نقلت ارتباط (0.45 إلى 0.83) وكان GhQ 60 صاحب الارتباط الأعلى و GHQ 30 الأضعف. (انظر للمراجعة Goldberg and Williams 1988).

وجدت دراسة أيضاً في الولايات المتحدة الأمريكية ارتباطًا (0.72) بين مؤشر Beck للاكتئاب و GHQ 30 (Cavanaugh 1983)، ودراسة أسترالية نقلت ارتباط (0.57) بين مقياس Zung للاكتئاب و GHQ 30 (Henderson et al. 1981b). على أساس مسوح مع 662 شخصاً عمر 85 وأكثر وحوالي 800 عمر 65 وأكثر يحيون في لندن وفي إيسكس (Bowling and Browne 1991) نقلا ارتباطات مع GHQ 28 ومع مقياس A Neugarten للحياة الراضية (0.47) في كل حالة. هذا ارتباط متوسط، عاكساً اختلاف الأبعاد للرفاهة العاطفية التي يتناولها هذان المقياسان. تم التنبؤ أيضاً

بالقدرة الوظيفية للتغير في نقاط GHQ 28 في دراسة تتبعية على يد فريق البحث هذا، داعماً تميز قدرات المقياس (Bowling et al. 1992) . وفي دعم آخر لتميز قدرات GHQ قام Bowling et al. (2002) ، على أساس مسح مجتمعي على ما يقرب من 1000 شخص عمرهم 65 وأكثر، بنقل أن GHQ 12 يتنبأ بطريقة مستقلة لنوعية الحياة ذاتية التقييم . داعماً لصدقه المجمع، في دراسة ، Watson and Evans (1986) لصحة لعينة متعددة الثقافات للأمهات مع أطفالهن بلندن ، نقلوا أن تسجيل الأمهات للـGHQ ذو ارتباط جيد مع تقديرات القائمين بالمقابلات عن ضغوط الأمهات . GHQ 30 و NHP استخدما لأفراد يعانون من صداع أو التهاب مفصلي قام بها (Jenkinson et al. 1988) . الارتباطات بين القسم الفرعي للتفاعل العاطفي للـNHP و GHQ كانت متوسطة (0.49) لمجموعتي المرضى .

على الرغم من أن GHQ لم يتطور كوسيلة تنبؤ ، فإن بعض الدراسات وجدت صدق تنبؤ ، على الرغم من أن دراستين أثبتتا نتائج سالبة . تم استخدام الخدمات الصحية كمعيار للصدق . من هم بأعلى تسجيل GHQ لديهم أعلى استخدام للخدمات (مثال استخدام خدمات الأطباء العموميين) (Goldberg and Williams 1988) . أمد (Berwrik et al. 1987) بشواهد جديدة لصدق تنبؤ GHQ؛ ارتفاع نقاط GHQ، على مجموعتين للاستخدام بينهما 7 شهور فاصلة ، كانوا مرتبطين بشدة مع احتمالية كل من رعاية الصحة العقلية ورعاية الصحة العقلية خلال 12 شهراً من العمل .

GHQ حساس للأمراض المؤقتة ويحدد الأعراض التي استغرقت مدة أسبوعين على الأقل . وهو كذلك حساس للاكتئاب مثل أي مقياس مصمم للاكتئاب (مثل Beck أو HAD) ويحدد أمراض القلق أيضاً ، لذا يستخدم عندما يريد الباحث قياساً أوسع . العديد من الأعمال المسحية أوضحت أن GHQ مناسب للاستخدام للصغار والكبار ، نساء ورجال في المجتمع ومراكز الرعاية الصحية الأولية . (Sims and Salmons 1975 ؛

Banks ؛ Cleary et al. 1982 ؛ Benjamin et al. 1982 ؛ Tarnopolsky et al. 1979 . (Goldberg and Williams 1988 ؛ Hobbs et al. 1983 ؛ 1983

استخدم GHQ Watsons and Evans (1986) مع عينة متعددات الثقافة من الأمهات اللائي لهن أطفال صغار. بينما وجدوا أن تسجيل GHQللأمهات يرتبط جيداً مع تقييم المقابلات لأمراض الأمهات، أوضح تحليل ترجمة الاستبيان إلى البنغالية للأمهات البنغاليات بعض المشاكل. أعيدت الترجمة بمترجم مستقل. كان مستوى عالٍ من الموافقة بين الترجمة والأصل، ما عدا الفقرة: "هل أحسست بالعصبية حديثاً، ومتوتر طول الوقت؟" والتي تُرجمت "هل عانيت من انهيار عقلي وقلق عقلي؟" والترجمة الأخرى لديها مشكلة مع فقرة "هل وجدت حديثاً الحياة كفاحاً طول الوقت؟" وتُرجمت "هل تعتقدين أنك مكافحة؟" كما وجدوا أن كل الفقرات ليست مناسبة لتقييم الاضطراب النفسي للأمهات اللائي لهن أطفال صغار، مثال "هل عانيت من ليالي مقلقة حديثاً؟"، "هل خرجت من المنزل أكثر من العادي؟" "هل قضيت وقتاً طويلا في الدردشة مع الناس؟" ولأن الأمهات الصغار لديهن نقاط إيجابية خاطئة مع هذه الفقرات: أوصى المؤلفون برفع بدء التسجيل، واستخدام النسخة ذات 30 فقرة، من 4 أو 5 إلى 8. ومن الممكن وجود مشاكل أخرى في الاستخدام التي قد تؤثر على الثبات. وكبار السن ضعاف النظر ومن لديهم الالتهاب المفصلي بالأصابع قد يجدون صعوبة في استكمال GHQ باستقلالية ويحتاجون بدرجات متفاوتة إلى مساعدة من القائم بالمقابلة (مثال قراءة الفقرات لهم أو تسجيل الإجابات (Bowling 1990).

قام بعمل تحليل عاملي آخر (1987) .Berwrik et al للإجابات إلى GHQ التي بها ستة عوامل (قلق: شد، ثقة، اكتئاب، طاقة / وظائف اجتماعية وعدم النوم) واتجاه قوي للفقرات بنفس الكلمات (أجزاء من الجمل إيجابية) لتجميعها. اختبر Ohta et al. (1995) التركيب العاملي للـ GHQ 30 في مسح مجتمعي يضم 1216 شخصاً

باليابان. وقد تعرفوا على 8 عوامل: الاكتئاب، القلق، التوتر، قلة الطاقة، سوء عمل بين الأفراد: صعوبة التواصل، عدم النوم، عدم الانشراح، تجنب اجتماعي. كما اختبر Huppert et al. (1989) التركيب العاملي للـ GHQ 30 لعدد 6316 من المجتمع في بريطانيا. باستخدام 10 عينات عشوائية تتكون كل منها من 600 بالغ وعدد 12 مجموعة عمر جنس. نقلوا أن التركيب العاملي عالي الاتساق وهناك عوامل أقل (خمس) مميزة: القلق: الشعور بعدم الكفاءة، الاكتئاب، صعوبة في التواصل وسوء وظيفة اجتماعية.

الثبات

تم تنفيذ الارتباطات باستخدام التجزئة النصفية وارتباطات الاختبار وإعادته على الـ GHQ بنتائج جيدة. كما تم تنفيذ الثبات باستخدام التجزئة النصفية على 853 شخصاً أكملوا الاستبيان وكانت النتيجة (0.95). تم نقل الاتساق الداخلي، باستخدام Cronbach alpha، في دراسات ذات ارتباط يتراوح من 0.77 إلى 0.93 -. نقل Bowling and Gabriel (2004) أن Gronbach alpha المؤسس على العينة القومية لأعمار 65 وما يزيد كان 0.83. وارتباط ثبات الاختبار – إعادته من 0.51 - 0.95، وكانت الارتباطات أعلى مع المجموعات الإكلينيكية ذات الانتشار العالي للمرضى؛ (Goldberg and Williams 1988). تم اختبار الاتساق الداخلي للنسخة البولندية GHQ 12 بواسطة Makowska and Mercez (2000) لعدد 2500 موظف و 1000 موظف تم اختبار GHQ 28 عليهم. كان نتيجة Cronbach alpha عالية ومناسبة لنتائج الدراسات السابقة للاتساق الداخلي للـ GHQ (0.859 و 0.934 على التوالي). وكان الارتباط لثبات الاختبار وإعادته (0.70). مشكلة وضعت بواسطة الاختبار – إعادته على الثبات وهي مشكلة التمييز بين التغير الحقيقي وعدم الثبات. أوضح Goldberg and Williams أن دراسة ثبات الاختبار – إعادته للـ GHQ مازال ينفذ.

مقياس خاصية - الحالة للقلق (STAI)

طور هذا المقياس 1960 وروجع 1983 (Spielberger et al. 1983). يقيس الميل الداخلي لغلق الاستجابة والإحساس الحالي للقلق. ويُمكّن الباحث التمييز بين شكلين من القلق: الحالة (الشعور المؤقت أو الانفعالي أو قلق) والخاصية (الميل طويل الأمد للاستجابة للقلق أو الأحوال الضاغطة أو الإنجوار). (Chaplin 1984).

النسخ ما قبل 1983 لـ(STAI) قسما Y 1 ، Y 2 والنسخ المراجعة في 1983 معلومة بـ X 1 ، X 2. طور Martean and Bekker (1992) مقياساً للحالة من 6 فقرات لـ STAI الذي يعمل بكفاءة النسخة الطويلة. وطور STAI من مجموعة فقرات 177 سؤالا مأخوذة من مقاييس القلق موجودة وقد اختبرت لتأكيد مستوى القبول للاتساق والمحتوى وكررت لكي تطور فقرات "الحالة" وفقرات "الخاصية". أُجريت اختبارات موسعة للفقرات على عدد من طلبة الكلية (العدد = 5000). وعُرضت النسخة النهائية فقد عُمل بها تحليل عاملي لتحاليل فقرة وتحاليل عاملية. وأن النوعية الأساسية المقاسة بواسطة STAI هي أحاسيس بالخوف، الضغط، العصبية والاهتمام.

المحتوى

تتكون STAI من 20 فقرة لقياس خاصية القلق و 20 فقرة لقياس حالة القلق (Spielberager et al. 1983) نسخت STAI على ورقة واحدة، أحد الوجهين عليه مقياس ميزان الحالة للقلق وعلى الآخر مقياس خاصية القلق. كل فقرة للحالة تقدر على مقياس شدة من 4 نقاط، من "لا أبداً" إلى "جيد جداً كذلك". يُسأل المستجيبون وضع تظليل على الدائرة للإجابة المناسبة لإثبات شعورهم "الآن" وكل فقرة خاصية تقدر على مقياس تردد من 4 نقاط من "تقريبا أبداً" إلى "تقريبا دائما". الجهاز ذاتي الاستخدام ويستغرق أقل من 10 دقائق للاستكمال. مقاس حالة القلق يجب استخدامه أولا لتجنب الانحراف للقلق الناتج عن ظروف الامتحان.

التسجيل

لدى STAI تسجيلان. أحدهما يعكس المستوى الحالي لحالة القلق بنقاط 20 - 80، الآخر بنقاط 20 - 80 لتوضيح المستوى الحالي لخاصية القلق. النقاط العالية تعكس مستوى أكبر من "القلق" أو أكثر. تجمع الفقرات بسهولة للحصول على التسجيل، على الرغم أن شفرات بعض الفقرات تحتاج لعكس مسبق. هناك كتيب استخدام جاهز للشراء ويشمل برنامج كمبيوتر للتحليل مكتوب بنظام جهاز التحليل الإحصائي (SAS).

الأطفال

هناك نسخة STAI، للأطفال، ينظر إليها على أنها من أحسن المتوفر للأبحاث (Walter and Kaufman 1984) لديها نفس شكل الفقرات 20 : 20، للخاصية والحالة مثل نسخة الكبار، لديها نتائج جيدة للثبات والصدق، وتعتمد على القدرة على القراءة (Walter and Kaufman 1984; Spielberger et al. 1973). ومثال عن فقرة مقياس الحالة يسأل الأطفال عن وجود إحساس بالقلق ("أحس... بالقلق الشديد / بالقلق، بأني لست قلقاً") ومثال عن خاصية المقياس هو تكرار حدوث سلوكيات ما مثل الأيدي العرقانة ("يدي تعرق") أو القلق ("أقلق على المدرسة").

مثال من STAI :

شكل Y 1

أحس بهدوء

أنا مشدود

أحس أني مضطرب

أحس بالثقة الذاتية

أنا قلق

لا أبداً (1) / بعض الشيء (2) / متوسط (3) / كثيراً ما (4)

شكل Y 2

أحس بالسعادة

أحس بالقناعة بنفسي

أقلق كثيراً على شيء في الحقيقة لا يهم

أنا سعيد

بعض الأفكار غير الهامة تمر في خاطري وتقلقني

تقريباً أبداً (1) / بعض الأوقات (2) / عادة (3) / معظم الأوقات دائماً (4)

الصدق

اختبار المقياس الأصلي لصدق البناء ضد غيره من مقاييس القلق ينتج ارتباطات 0.52 و 0.80 واستخدم بنجاح في الكثير من الدراسات الإكلينيكية ونقل أنه يرتبط جيداً مع اختبارات الشخصية الأخرى. يمكن للمقياس تمييز بين الشخص الطبيعي والمجموعات المختلفة من المرضى النفسيين. (مثل الشيزوفرينيا، القلق) وفي سبيل تدعيم صدق البناء، فإن حالة STAI أظهرت متوسط قيمة أعلى في المواقف الضاغطة عن المواقف الوسطية والمريحة (Chaplin 1984 ؛ Spielberger et al. 1983). بالنسبة لدراسة Novy et al. (1993) على 285 شخصاً في مواقف قلق وضغوط مصاحبة بالألم، نقلت أن STAI ارتبط بشدة مع مقاييس الاكتئاب المختلفة بما في ذلك مقياس Beck للاكتئاب (Beck et al. 1961).

في دراسة على 180 من قاطني ستوكهولم (السويد)، نقل (Forsbery and Bjorvell 1993) أن STAI للحالة كان واضحاً وسلبيًا للارتباط مع أعراض وبطارية

Rand لمفاهيم الصحة. وكما يتوقع، كلما تحسنت الصحة ومفاهيم الصحة، قلت درجة القلق. وفي مراجعة لبرهان المقياس، استنتج (Chaplin 1984) أن قياس حالة القلق أقوى (من حيث الصدق) من قياس خاصية القلق. وحذر (Kvaal et al. 2001) ضد استخدامه مع كبار السن جدا، حيث إن دراستهم أوضحت انحراف نقاط عالية لحالة STAI في المجتمع نتيجة لخفض الرفاهة.

الثبات

ذكر أن معامل ألفا عالٍ لكلتا الحالتين (r = 0.93) و (r = 0.90) للقلق للخاصية، مؤيداً اتساقاً داخليًا، ارتباط الاختبار - إعادته بالنسبة لطلبة الكلية على فترات من ساعة إلى 154 يوماً أوضح ثبات مقياس الخاصية (0.65 - 0.86) وأقل بالنسبة لمقياس الحالة (0.16 - 0.62) على الرغم أن انخفاض التكرارية لمقياس الحالة قد يكون متوقعاً حيث يقيس إجابة للمواقف المؤقتة (Spielberger et al. 1983). نقل المطورون أن معامل التحليل عدد 2000 طالب ومجمع قوات جوية يؤكد توازن المقياس.

STAI هو أحد أكثر المقاييس استخداماً لقياس القلق في المجال البحثي النفسي والإكلينيكي. وقد أكد ذلك Andrews et al. (1994). ويمكن إلقاء نظرة عامة مختصرة من خلال الموقع قبل الشراء http://www.mindgarden.com

مقياس الاكتئاب للكبار (GDS)

لقد تطور GDS كجهاز مسح في المجال الإكلينيكي لتسهيل تقييم الاكتئاب للكبار (Yesavage et al. 1983; Sheikh et al. 1991). المقاييس التي تُقيِّم الاكتئاب للأفراد الأصغر سنا لا تناسب الاستخدام للكبار لأن بعض الأعراض المحددة للاكتئاب قد تحدث نتيجة حالة بدنية، مؤديًا نتائج إيجابية خاطئة إذا ما اشتملت. GDS لا يشمل الأعراض الجسدية.

هو مناسب لتحديد الشدة، وبالتالي لمراقبة ناتج العلاج. لقد تم تطوير شكل قصير (Sheikh and Yesavage 1986). يمكن استخدامه في المجتمعات الطبية والعادية. وهو مقياس آمن ويمكن استخدامه شفهيًا عن طريق محاور على أساس أن المشاكل المعرفية قد تؤثر على الدقة في المشاكل ذات التقييم الذاتي. هو سهل للاستخدام ويستغرق حوالي 10 دقائق.

المحتوى

تطور GDS من حوالي 100 فقرة كونها الأطباء والباحثون. والفقرات 30 التي تكون GDS الأصلي اختيرت من خلال ارتباطها بالفقرات. GDS لديه نوعية من الإجابات نعم / لا لكل فقرة. النسخ الأخيرة احتفظت بأقوى الفقرات. والنسخة المستخدمة بكثرة تحوي 15 فقرة (GDS - 15). والإطار الوقتي هو الشعور خلال الأسبوع الماضي. أمثلة GDS 15 هي:

1 هل أنت راض أساسًا بحياتك؟

3 هل تشعر بالسعادة معظم الوقت؟

5 هل لديك إحساس أن الحياة فارغة؟

6 هل تشعر بالضجر باستمرار؟

9 هل تشعر أنك عاجز؟

14 هل تشعر أن موقفك لا أمل فيه؟

التسجيل

الإجابات التي تشير إلى الاكتئاب تسجل (1)، لا اكتئاب صفر ثم تجمع الواحدات لعمل تسجيل شامل. تعامل الفقرات بالتساوي وزنًا. النقاط على المقياس الأصلي (30 فقرة) تفسر عادة صفر - 9 = لا اكتئاب، 10 - 19 اكتئاب وسط، 20 - 30 = اكتئاب

شديد. نقاط النسخة القصيرة (15 فقرة): صفر - 4 - لا اكتئاب، 5 - 9 - اكتئاب وسط، 10 - اكتئاب شديد. يوجد تنوع على تفسير تسجيل المقياس (عادة فيما بين نقطة واحدة).

الصدق

يوجد تقارير أنه يعمل بالمقارنة مع مقياس Hamilton لتقييم الاكتئاب بين المرضى بمختلف المستويات من الاكتئاب، حسب معايير الأبحاث التشخيصية (Yesavage et al. 1983). كما نقل أنه يرتبط بوضوح مع مقياس Hamilton لتقييم الاكتئاب (0.62 - 0.81) (Lyons et al. 1989)، ومع مقياس Beck للاكتئاب (0.85) (Norris et al. 1987). حساسية GDS عالية بصفة عامة والتخصصية منخفضة نوعًا ما، على الرغم من اختلاف ذلك فيما بين الدراسات (Brink et al. 1983؛ Koenig et al. 1988؛ Agrell and Dehlin 1989).

الصدق الخاص بالنسخة القصيرة قُيِّم بنتائج جيدة ضد تشخيص الأطباء النفسيين وضد مقاييس تصديق أخرى لمجتمع لندن (Richardson & Hammond 1996)، ويقترب من المقياس ذي 30 فقرة (Van-Marwijk et al. 1995). استخدم لمسح عريض للأوبئة 14.545 شخصًا عمر 75 وأكثر في المملكة المتحدة، وأن النساء مسجلات أعلى من الرجال في كل نقاط البدء (Osborn et al. 2002). نقل Alden et al. (1989) ارتباطًا بين النسخ القصيرة والطويلة للـ GDS (0.66) بينما Sheikh & Yesvage (1986) قالا إنها (0.84).

الثبات

في دراسة للأفراد العاديين والأفراد المكتئبين من الكبار نقل Yesavage et al. (1983) أن معامل ألفا (0.94) بينما ذكر بعض الباحثين أقل من ذلك (Lesher 1986؛ Agrell and

(Brink نقل، في عينة من منازل رعاية المسنين، نقل Lyons et al. 1989 ؛ Dehlin, 1989) et al. 1983) صدق الاختبار إعادته GDS (0.85 - 0.98) في 10 - 12 يوماً وصدق بين المقدرين (0.85)، أضاف Richardson and Hammond (1996) أيضاً أن صدق اختبار – إعادته للنسخة القصيرة جيدة بين مجتمع في نُزل للرعاية في لندن. قررت بعض الدراسات أن GDS أقل سلامة سيكومترية عند استخدامه مع الأشخاص ضعيفي المعرفة (Kafonek et al. 1989)، على الرغم من نقل Sutcliffe et ai. (2000) أن الصدق الداخلي للـ GDS - 15 الأقصر أعلى إذا حذفت منه 3 فقرات، وأن الـ12 فقرة الباقية هي وسيلة مناسبة ومعتمدة للاستخدم مع الأشخاص في الرعاية المنزلية طويلة المدى.

المقياس في المجال العام ترجم إلى أكثر من لغة، وأعطى المطورون GDS العنوان للنسخ المترجمة بدون ضمان الدقة وذلك على موقع حبي (http://www.stanford.edu/~yesavge/GDS.html) . والنسخة القصيرة متوفرة على الموقع http://www.jr2.ox.ac.uk/geratol/GDSdoc.htm

الحالة العقلية للكبار GMS

مشكلة التعرف على الاكتئاب في الكبار حادة لأنها ممكن أن تتواجد مع شواهد مثل الجنون: الحالتان قد تتواجدان معاً. مما دفع بعض الباحثين إلى البحث في أجهزة عالية الصدق والثبات بالنسبة للكبار (Henderson et al 1983; Gurland 1980). هذا يشمل بعض الموازين مثل اختبار الحالة العقلية للكبار و (CARE) أو النسخة القصيرة منه.

GMS تطور بواسطة Copeland et al. (1967) من الأجهزة البريطانية والأمريكية: PSE (Wing et al. 1974)، وجدول الحالة النفسية (Spitzer et al. 1970). وتطور نسخة مناسبة في المجتمع واستخدم بجدول (CARE) للمقابلات

(Copeland et al. 1987a.1987b ; Gurland et al. 1983) . (CARE) للمـقـابلات عريض ويغطي المشاكل من الناحية النفسية، الطبية، التغذوية، الاقتصادية، والمشاكل الاجتماعية. يحتاج (CARE) و GMS إلى تدريب خاص للقائمين على المقابلة.

التشخيص النفسي المشتق من GMS تم جعله عياريًا بواسطة تطبيق طريقة الكمبيوتر وسُمي AGECAT (Dewey and Copeland 1986). واستخدم AGECAT على عينة من الكبار في ليڤربول وأنتج تشخيصًا للاكتئاب العصبي في 8% من الحالات واكتئاب نفسي في 3% (المجموع 11%). إذا أضيفت الحالات الهامشية، فإن إمكانية حدوث الاكتئاب الوسط تكون 22% وهي قريبة من 20% التي وجدت في دراسة نيوكاسل (Copeland et al. 1987a, 1987b ; Kay et al. 1964).

GMS مقياس جيد الصدق وهو مقياس مُختبر ولكنه طويل جدًا، على الرغم من وجود نسخة قصيرة للمجتمع (GMSA). فإن النسخة القصيرة طورت على أساس عينة 396 شخصا من الكبار يحيون بلندن. وتوجد نسخة أقصر SHORT - CARE، التي تغطي فقط الخلل العقلي، الاكتئاب والإعاقة (Gurland et al. 1984). ويستخدم النوع الطويل لل GMS كمعيار ذهبي عند أي مقياس تقييم آخر للحالة العقلية، واختير كجهاز رئيسي في المملكة المتحدة في المركز الطبي متعدد المواقع وكذلك في دراسات ثلاث مشابهة قامت بها منظمة الصحة الأمريكية الشاملة ومنظمة الصحة العالمية (Copeland 1990).

يستغرق GMS الكامل 30 - 45 دقيقة للاستخدام، و Care المحتوي على 1500 فقرة المختص بالأعراض البدنية والمشاكل الاجتماعية والخدمات المستخدمة يستغرق ما بين ساعة ونصف إلى ساعتين. والنسخة القصيرة للمجتمع (GMSA) تستغرق ما بين 15 - 20 دقيقة.

المحتوى

تحوي GMS اختبارات معيارية ومقيمين من درجة الثقة في المعلومات . الفقرات المشككة معيارية (مثال إشارة إلى يوم الأسبوع) . أمثلة عن الفقرات الأخرى :

هل تميل إلى لوم نفسك على أي شيء أو الإحساس بالذنب عن أي شيء ؟ لماذا ؟

الشفرة : لوم ذاتي واضح على الهفوات الماضية والحديثة .

أذكر لوماً عن الماضي الذي قد يكون أو لا يكون له مبرر .

استثارية

هل كنت أكثر استثارية أخيرا (الغضب) ؟

الشفرة : الاعتراف بالاستثارية (الغضب) .

التركيز

هل يمكن التركيز على برنامج تليفزيوني (في راديو ، فيلم) هل يمكنك رؤيته (سماعه) حتى آخره ؟

الشفرة : صعوبة في التركيز في التسلية .

التشويه الإدراكي

هل يحدث شيء غريب لا تستطيع شرحه ؟

الشفرة : محيّر من شيء غريب يحدث .

التسجيل

تفاصيل إجراءات التسجيل ، الشفرة والتقييم ، وهي طويلة ، جاهزة من المؤلفين عند الطلب في القسم جامعة ليڤربول .

الصدق

CARE الكامل للمقابلات تم اختباره ضد الحكم النفسي على 396 شخصاً بلندن الكبرى، بعد موافقات كلية: الموافقات على الاكتئاب والخلل العقلي وصلت إلى 88% من الحالات (موافقة Cohen الكلية كانت لـ Kappa) و AGECAT (وهو جهاز تشخيص كمبيوتري) استخدم لوضع تشخيص مناسب (Copeland et al. 1986). وهناك دراسات أخرى للمؤلفين نقلت مستوى جيد من الموافقة (.Copeland et al 1987a, 1987b). وكان حساساً للتغير عبر السنين والموافقة بتشخيص إكلينيكي جيد. (Copeland and Gurland 1978). تعرضت GMS لدراسات صدق موسّعة مع نتائج جيدة (Copeland et al. 2002).

قام المؤلفون للجهاز بنشر عدد من الأبحاث اعتماداً على التحاليل الخاصة بدراساتهم باستخدام GMS (Copeland et al. 1986؛ Dewey & Copeland 1986؛ Copeland et al. 1987a, 1987b, 1988؛ Davidson et al. 1988؛ McWilliam et al. 1988؛ Sullivan et al. 1988؛ Saunders et al. 1989). اعترف Copeland et al. (2002) أن الدراسات الكثيرة لـ GMS و CARE بها بعض الضعف الذي يحتاج توضيح. مثال: التشخيص المبالغ فيه للحالات العضوية في المجتمع بنظام تعليم ضعيف، الذي يحتاج تطوراً لأجهزة ثقافية تخصصية أكثر.

الثبات

GMS الكلي ظهر ثباته بين المقابلين المتدربين نفسياً (Copeland & Gurland 1978). دراسات الثبات بدأت بلندن، نيويورك، أستراليا وليفربول بالنسخ القصيرة وكان الثبات بين التقييم 69% للدراسة الأولى، ولكن 39% فقط للثانية، على الرغم من وجود موافقات جزئية ولكنها عالية بين 80 - 85%. لم يكن هناك اختلاف واضح في عدد التقديرات الإيجابية بين المقابلات في أمريكا والمملكة المتحدة. في دراسة

أسترالية، نقل (1983) Henderson et al. ثباتًا مرضيًا بين المقيمين للنسخ القصيرة بمتوسط ارتباطات (0.56 - 0.84).

على الرغم من طول GMS فهو من أكثر التقييمات استخدامًا لكبار السن فيما يخص الصحة العقلية (2002) Copeland et al. ومنذ 1976 GMS تمت ترجمته للفرنسية، الأسبانية، الألمانية، الدانمركية الهولندية، الأيسلندية.

مقاييس الارتباك العقلي القصير

التلف العقلي يحدث كثيرًا بين كبار السن جدًا ومن الأساسيات وجود طريقة تقييم في أثناء المسح وتقدير بحثي في مجموعة السكان هذه.

اختبار الارتباك العقلي به محتوى مشابه ومختلف في الطول والتعقيد. هناك اختبارات قصيرة عديدة من عشر فقرات في الاستخدام عبر العالم (انظر كتاب قياس المرضى Measuring Disease (Bowling 2001 كمرجع أشمل). لكلٍّ ثقافته الخاصة، على الرغم من أن التكيف قليل (مثال يسأل المقياس الأمريكي عن اسم آخر رئيس، والمقياس البريطاني يسأل عن اسم آخر رئيس وزراء أو اسم الملكة).

استبيان الحالة العقلية (MSQ)

هذا الاستبيان ملخص لقياس الاتجاه في الوقت والمكان، الذاكرة والمعلومات (Khan et al. 1960a, 1960b). تم استخلاص الفقرات من اختبارات الحالة العقلية المعيارية وكذلك من التجارب الإكلينيكية. النسخة الأخيرة تحوي 10 فقرات. وقد تم تطويرها في الولايات المتحدة الأمريكية بواسطة (Pfeiffer 1975) وهي معروفة MSQ القصيرة المحمولة. تحوي 10 فقرات، 5 منها متطابقة مع 5 فقرات في MSQ وخمس فقرات أخرى تم انتقاؤها: وإجراءات التسجيل مختلفة عن MSQ.

أصبح MSQ مشهورًا واستخدم بكثرة في المجتمع وفي الناحية الإكلينيكية.

وبنجاح في الولايات المتحدة الأمريكية للكبار (Cornoni - Huntley et al 1985) وحكم عليه بأنه قياس جيد في المعاهد (Ebmeier et al 1988). نقل Brass و Wilson أنه يمكن استخدامه بسهولة مع 95% للمرضى الكبار. يشيرون إلى أن نصف الأسئلة يمكن سؤالها بدون أن يعرف المريض بأنه يختبر، والنصف الآخر يمكن أن يتبع بعد تفسير بسيط: "كيف حال ذاكرتك؟ أود أن أختبرها". وقد نقلوا نادراً ما يحدث قلقاً أو إحراجاً وتعطى بدون التسبب في التعب للحالات المريضة جداً. وهي عادة ما تكون مقابلات.

وفي تحليل للـMSQ ذي العشر فقرات وجد Brass (1978) و Wilson أن الفقرة الأولى ("اسم المدينة") يمكن شطبه لقلة مساهمته في التمييز. والفقرات التسع الباقية تستخدم في العادة، وأصبحت الإشارة إلى المقياس وكأنه ذو 9 فقرات. والمؤلفون يحذرون من استخدامه مع الصم ويقترحون كتابة الأسئلة واعترفوا بعدم صحة استخدامه مع المرضى المتعسرين. هناك عدد من النسخ للـMSQ وهناك نقاط فاصلة تستخدم.

المحتوى

الأسئلة التسع هي:

العنوان / اسم المكان؟

تاريخ اليوم (خطأ في 3 أيام قبل أو بعد التاريخ الصحيح أمر مسموح به)؟

الشهر؟

السنة؟

العمر؟

سنة الميلاد؟

شهر الميلاد ؟

اسم رئيس الوزراء؟

اسم رئيس الوزراء السابق ؟

التسجيل

عدد الحالات الصحيحة تسجل (صح = 1) (خطأ - صفر). لا توجد نقطة فاصلة مقبولة (للطبيعي / غير الطبيعي). التسجيل 3 أو أكثر علامة تلف وتختلف الآراء على التسجيل المؤيد للشدة (Zarit et al. 1978).

الصدق

نقل Khan et al. (1960b) على أساس 1066 مريضًا من الكبار، في المنزل أو منازل العناية بالمسنين، المستشفى العقلي بنيويورك، أن MSQ مرتبط بتقييم أطباء النفس لوجود درجة الحالات العقلية المزمنة. وقرر المؤلفون وجود اختلاف مئوي بدون قيم ذات دلالة. وفي دراسة مسحية طولية عن الصحة العقلية، قارن Milne et al. (1972) نتائج من MSQ مع مقياس التلف العقلي، المصمم بواسطة Isaacs and Walkey (1964) وقد وجد أن MSQ أقل حساسية عن الأخير. واختبر Fillenbaum (1980) قدرة MSQ المتميز به بين المرضى النفسيين للعقل العضوي، وأشخاص طبيعيين. كانت الحساسية منخفضة (45 - 55%)، بينما التخصصية كانت عالية (96 - 98%). كما قرر Fillenbaum في بحثين وجود ارتباط (0.88 - 0.97) بين MSQ و MSQ القصير المحمول، وقرر Brass و Wilson أن MSQ مقياس قوي للتحديد والتعرف على التلف العقلي.

الثبات

نقل Kahn et al (1960a, 1960b) أن الثبات مرض في دراسة على 55 حالة: حالتهم

البدنية مستقرة، تم استخدام MSQ أربع مرات بينها 3 أسابيع راحة، ثلاثة أرباع التسجيل تغير بنقطة واحدة أقل (Wilson et al. 1973). والعلاقة بين خمس فقرات: المدينة، المكان، العمر، الشهر الميلادي، سنة الميلاد، والفقرات الخمس المختبرة على اسم رئيس الوزراء، التاريخ الحالي، ارتبطت بشكل قوي (r = 0.68) (Wilson and Brass 1973).

تسجيل الاختبار العقلي المختصر (AMTS)

تم تطويره بواسطة Hodkinson (1972) من الاختبار المحور لـ Blessed ، Roth Hopkins (Thompson and Blessed 1987; et al. 1968). أكثر الفقرات تميزاً تمت إضافتها. لم تكن هناك شواهد أن أداء المريض يتحسن بالتدريب.

المحتوى

يحتوي الاختبار على 10 فقرات. وتتناول التالي:

العمر

الوقت (أقرب ساعة)

السنة

اسم المكان

التعرف على شخصين

الميلاد (تاريخ وشهر)

تاريخ الحرب العالمية الأولي

اسم الملكة

العدد 2 - 1 بالخلف

استرجاع خمس دقائق: كتابة عنوان الشارع كاملا

التسجيل

تجمع النقاط، كل فقرة صحيحة تسجل 1، والتسجيل الأقصى 10، النقاط الفاصلة (طبيعي / غير طبيعي) تختلف بين الدراسات، قرر Jitapunkul et al. (1991) أن الباحثين استخدموا النقاط الفاصلة بمدى أقل من 6 إلى أقل من 10 (تسجيل 10 : طبيعي المعرفي). وقاموا بدراسة 168 حالة مرض حاد الشدة وضعوا في مستشفى لكبار السن وأثبتوا AMTS ضد التشخيص الإكلينيكي زائد التسجيل الطبي (مبني على معيار DSM-IIIR) واختبروا عند الدخول وبعده بأسبوع وكان أحسن نقطة فاصلة هي 8.

الصدق

تم اختباره ضد مقياس تدريج السلوك Crichton Royal، والتشخيص الإكلينيكي للخلل العقلي Vardon & Blessed (1986)، مع استخدام 99 من كبار السن المقيمين في منازل لرعاية المسنين، متوسط العمر 82.7. نقل المؤلفون أن AMTS تكشف عن خفض معرفي واضح والمميز لخلل العقلي: فوق 80% من كبار السن الذين تم عمل تشخيص إكلينيكي للخلل العقلي سجلوا 55% أو أقل إجابات أقل صحة عن الاختبار. ونتج نقاط قريبة من النتائج الخاصة باختبار Roth Hopkins المحور. وكذلك اختبر ضد اختبار Roth Hopkins (37 فقرة) بواسطة Thompson and Blessed (1987). وقرروا بعد العمل على 52 مريضا عقليا من كبار السن وتحت رعاية يومية (متوسط العمر : 75 سنة) كان أكثر اتساقًا عن المرض العضوي. ارتباط مقياس الحالة العقلية الطويلة المدى (0.91 إلى 0.96) وقد تم مقارنتها بارتباطات Qureshi & Hodkinson (1974) لمرضى المعاهد (فالأخيرة أظهرت ارتباطات مع مقاييس الاختبار العقلي طويل المدى تتراوح من 0.87 إلى 0.9) وفي دراسة كبار السن في وحدة طبية. نقل Swain et al. (1999) أن الحالة المعرفية المحددة MSE كانت مرتبطة بوضوح مع طريقة اختبار الحالة العقلية الصغرى. وكانت الكفاءة التنبئية AMT 79%.

طور Jitapunkel et al. (1991) نسخة قصيرة AMTS (AMT7). تم مقارنة صدقها، اتساقها الداخلي وتغطية مجالات التميز مع AMTS وكان حساسيته أعلى قليلا (81%) (مع وجود تخصصية مقبولة: 85%) عن AMTS الكامل. وكان Cronbach's alpha، اعتمادا على الاتساق الداخلي لل AMT7 (0.85). (وقد كان 0.89 للنسخة الكاملة). كان التناسب للمرضى المصنفين صحيحا 89.9 (%9101 لاختبار الفقرات العشر). كما قام كل من Swain and Nightingale باختبار نسخة من 4 فقرات AMT (عمر، تاريخ الميلاد، المكان والسنة) للكبار عند زيارتهم في النُزل وذوي التلف المعرفي، وقد دلت النتائج على تسجيل أقل من 4. وارتبط ذلك عاليًا مع AMT ذي 10 فقرات (0.95) وقلت الكفاءة (الكفاءة التنبّية: 91%).

اختبر Antonelli Incalzi et al. (2003) AMT على أكثر من 2000 مريض من كبار السن في المستشفيات في إيطاليا. أقر الباحثون أن تحليل مكون رئيسي عزل مكونين من AMT: اتجاه الوقت والمساحة المكانية وكذلك الذاكرة والانتباه (والذي فسر 45% من تنوع تسجيل AMT) الذي تفسر 13% من AMT من حيث التنوع. كما أقروا أن تسجيل AMT أكثر من 6 يعتمد عليه في استبعاد الخلل العقلي، أما أقل من 7 فيحتاج تقييم مستوى ثان للمعرفة.

الثبات

أداؤه قيم في المجتمعات داخل المعاهد والمراكز، بنتائج جيدة للثبات بين الملاحظ والتكرارية (Qureshi and Hodkinson 1974؛ Vardon and Blessed 1986، Little et al. 1987؛ Thompson and Blessed 1987). على الرغم من وجود نتائج منشورة عن ثباته.

AMT مشهور ويستخدم في الأبحاث الوصفية Hamilton et al. (2002) والتقييمية وقد نقلوا بأنه مفيد كقياس عبر أوروبا مثال: (Sarasqueta et al. 2001; Zuccala et al. 2003).

6

قياس الشبكات الاجتماعية والدعم الاجتماعي

تحليل الشبكة الاجتماعية

الجزء الأكبر من الأبحاث عن التنبؤ بالرفاهة قد ركزت على التركيب، الوظائف والدعم للعلاقات الإنسانية، والناحية الاجتماعية حيث يحيا الناس وتكاملهم داخل المجتمع. التأكيد على الصحة الاجتماعية مدعوم بالدراسات عن أولويات الحياة العامة؛ التي نقلت أن العلاقات الاجتماعية والنشاطات من أهم المناطق في الحياة كما حددها الناس، وهي منطقة أساسية تمد بنوعية الحياة للناس بعمر 65 وأكثر (Bowling 1195؛ Farquhar 1995b؛ Bowling and Windson 2001؛ Bowling et al. 2003).

استخدمت نماذج الشبكة في مجالات عديدة لعلم الاجتماع، علم النفس والأنثروبولوجيا. في دراسة عن الصحة، نقص الدعم والمشاركة الاجتماعية والاتصال قد ارتبط بزيادة خطر الوفاة، تأخر الاستشفاء من المرض، ضعف الناحية المعنوية والصحة العقلية. مثال (Lowenthal and Haven 1968؛ Berkman and Syme 1979؛ Lin et al. 1979؛ Blazer 1982؛ House et al. 1982؛ Welin 1985؛ Bowling and Charlton 1987؛ Cohen et al. 1987, 2001b؛ Maes et al. 1987؛

؛ Kaplan et al. 1988 ؛ Seeman et al. 1987 ؛ Orth Gomer and Johnson 1987a Oman and Reed 1998 ؛ Sugisawa et al. 1994) . والشـــــواهد على أن الدعم الاجتماعي مفيد للصحة موضع اعتبار (Olsen 1992; Stansfeld 1999)، وهناك بعض الشواهد أن هذه الفوائد تستمر في التأثير لسن كبيرة جداً (Grundy et al. 1996) . ولكن، ليس كل شخص يجد نماذج مناسبة، كما أن الأبحاث متضاربة (Schoenbach et al. 1986 ؛ Bowling 1991, 1994 راجع Bowling and Grundy 1998) والذي قد يعكس جزئياً نقص المعايير في اختيار أجهزة القياس.

الشبكة الاجتماعية والدعم الاجتماعي، مفهومان مختلفان. تطور التحليل الشبكي أساساً بواسطة متخصص اجتماعي والأنثروبولوجي الاجتماعي. على الرغم؛ أن طرق القياس الحديثة نتيجة دخول علماء الاجتماع النفسيين في هذه المنطقة (Mitchell and Trickett 1980) . يعتقد علماء الاجتماع أن خصائص الشبكة لها قدرة تفسيرية بعض الشيء للسلوك الاجتماعي للناس المشاركين (Mitchell 1969) . والهيكل المستخدم في الدراسة للدعم الاجتماعي مشتق من نظرية الشبكات الاجتماعية. هذا يصف تبادل العلاقات بين الأفراد. كل فرد هو نقطة لقاء في الشبكة وكل يبادل رباطاً. تعرف الشبكة بأنها النسيج لتحديد العلاقات الاجتماعية التي تحيط الشخص وخصائص هذه الاتصالات. هي مجموعة الناس التي يحتك بها الشخص ولديه شكل من أشكال الرباط الاجتماعي. الاتصالات الاجتماعية والعلاقات طرق مهمّة للشخص للتأثير علي محيطيه وإمداد ممرات من خلالها يؤثر المحيط على الفرد (Saronson et al. 1977).

أهمية الشبكة الاجتماعية، وخصائصها، تقع في المدى الذي يحقق احتياجات الأعضاء. يمكن تلخيص عملهم في أن "هذه المجموعة من الاتصال الشخصي الذي من خلاله يحافظ على بطاقته الاجتماعية، ويستقبل دعما عاطفياً؛ مساعدات مادية،

خدمات، معلومات واتصالات اجتماعية جديدة" (Walker et al. 1977). اقترح House (1981) أن الدعم الاجتماعي يشمل أشياء عاطفية (الحب، العشق) مساعدات أجهزة (خدمات)، معلومات (عن البيئة)، وتقييم (معلومات تقدير ذاتي). إحدى التقاربات لتعريف تفاصيل الدعم الاجتماعي من مصادرها: مثل من يمدها، والخدمات التي تقدمها للناس (مثال مساعدات مادية). وخصوصية خصائص العلاقات (مثال: إذا كانت علاقة خاصة) (Tolsdorf 1976). لذا فإن الدعم الاجتماعي يمكن تعريفه بأنه العملية التفاعلية وفيه المساعدات العاطفية، الجهازية، المادية تؤخذ من الشبكة الاجتماعية للفرد. عرّف Cobb (1976) الدعم الاجتماعي على أنه "معلومات توجه الشخص للاعتقاد بأنه معتني به ومحبوب، محترم وعضو في شبكة متبادلة الالتزامات". لذا فإن الدعم موجود فقط إذا أدى إلى اعتقاد معين للمستقبل. وقد وسع هذا النموذج ليشمل المساعدة الجهازية Thoits (1982). وعلى الرغم من المحاولات المتعددة لفهم مفهوم الدعم الاجتماعي، لم تصل إلى موافقة حتى الآن.

تظهر العديد من الخصائص للشبكة مشجعة في مجال الدعم. أولا، يجب على الناس الاتصال ببعضهم (شبكة) لكي يتلقوا دعماً اجتماعياً، لكن الاتصالات الاجتماعية لا تضمن الوصول إلى الدعم الاجتماعي. كما ركز Finch (1989) على أهمية نوع العلاقة النسبية، النمط القديم للتبادل الاجتماعي، وتوازن الاعتماد والاستقلال في العلاقات: التوقيت في الحياة ونوعية العلاقات. جادل Sarason et al. (1994) أن هناك حاجة إلى نظريات الدعم الاجتماعي لتشمل تعقيد تلك المواقف، الإجراءات داخل الشخصية وبين الشخصيات التي تشكل مفاهيم الناس في علاقاتهم مع بعضهم. والأبعاد الأخرى هي:

الحجم: عدد الأفراد المحتفظين باتصال اجتماعي. وقد يشمل هذا هؤلاء الذين نتصل بهم عندما نحتاجهم.

تشتت جغرافي : الشبكات تختلف فيمن يسكنون بمفردهم إلي من يسكنون منفردين في الجيرة، ومن هم مشتتين أبعد. والمواصلات تؤثر في تكرار الاتصال.

كثافة / تكامل : مدى تداخل أفراد الشبكة مع الآخرين في شبكاتهم.

المكون وتجانس العضو : الأصدقاء، الجيران، الأطفال، الإخوة، الأقارب، التشابه بين الأعضاء (في السن الحالة الاجتماعية - الاقتصادية إلخ).

قوة الارتباط : درجة الصداقة، تبادل المعاملة، توقع العمل والتوافر لدى الاحتياج، الشدة العاطفية.

المشاركة الاجتماعية : التداخل الاجتماعي، السياسي، التعليمي، أنشطة أخرى.

الإرساء الاجتماعي : سنوات الإقامة، التعارف مع، الجيرة التداخل مع المجتمع.

هذه الخصائص التركيبية للشبكة تؤثر في تواجد الدعم الجهازي والعاطفي، وكفايته، الرضى ومفاهيم الشبكة والدعم / المساعدة المتحصلة، الشبكة يمكن أن تُعرّف عمليًا من حيث الحجم، التوزيع الجغرافي، قوة الترابط، الكثافة / التكامل، المكونات وتجانس العضو (Mitchell 1969، Craven and Wellman 1974، Walker et al. 1977).

هذه الخصائص التركيبية مفيدة في حساب عدد وتوزيعها العلاقات داخل الشبكة ودرجة الاتصال. الأنماط الظاهرة يمكن دراستها حسب موقف الحياة المُحدَّد للشخص. ويمكن القول إن الأنواع المختلفة من التركيب الشبكي لديها درجات مختلفة من الاعتماد الواضح على طبيعة الحاجة التي نريد تحقيقها.

"الظواهر الديناميكية للشبكة الاجتماعية" تشير إلى الطبيعة الإيجابية أو السلبية لتفاعل الشبكة. والتحاليل يجب أن تأخذ في الاعتبار طبيعة العواطف الإنسانية المستخدمة. وحجم الشبكة وحساب التكرار في الاتصال بين الأعضاء ذات قيمة ضعيفة إذا ما كانت هذه التعاملات سالبة وضاغطة. ومن الممكن أن يكون وجود

ثقة واحدة هامًا في مقابلة الاحتياج العاطفي للشخص عن عدد كبير من صداقات زائفة. "نظرة الشخص الذاتية للشبكة تأخذ في الاعتبار معنى العلاقة وقوة المحبة، إنه بُعد مختلف ولكنه مرتبط ألا إنه مفهوم الوحدة. قد يكون هذا ناتج عن ضعف في الدعم العاطفي أو الاجتماعي. هذا المفهوم، مع قياس الوحدة، سيناقش في نهاية هذا الفصل.

رأس المال الاجتماعي

هناك اهتمام بين باحثي الصحة وعلم الاجتماع في توسيع القياسات الاجتماعية لتشمل رأس المال الاجتماعي لدراسة تأثيره على الحالة الصحية والموت. في الوقت الذي درست فيها الحرمان الاجتماعي للمناطق وعلاقتها بالمرض والوفاة (Yen and Kaplan 1999)، رأس المال الاجتماعي الأوسع مازال مفهومًا غير متفق عليه. تعريف وقياس رأس المال الاجتماعي مازالا يتطوران. ويستخدمان في الإشارة إلى القيمة المجمعة لكل أشكال الشبكات الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية. استخدم الباحثون خليط مفهومي من المؤشرات لكل من تركيب العلاقات الاجتماعية ووظيفتها. (مثل التعاون بين الناس) (Coulthard et al. 2001 ؛ Putman 1995, 2000) وهي تتأثر بوجود ونوع التسهيلات والمصادر الاجتماعية والمحيطية والمجتمعية. نظريًا، هذه هي كل العوامل التي قد تؤثر على كل من الاستقلال الذاتي والتحقيق الذاتي. ويمكنهم العمل لتحسين الصحة، الثروة والصناعة للمجتمع (Putnam 2000).

ولكي نكون أكثر دقة، يمكن تعريف التماسك الاجتماعي بالترابط والتضامن بين مجموعات من الناس (Kawachi and Berkman 2000). المجتمع المتماسك يتميز بترابطه، أكثر من إجبار الناس للاعتماد كليًا على مصادرهم الخاصة (Durkheim 1897). كما أنه يُمنح أسهم من رأس المال الاجتماعي (Kawachi and Berkman 2000). يشمل المفهوم تقاسم القيم وأنظمتها والتفسيرات؛ مفهوم الهوية المشتركة،

الإحساس بالانتماء إلى المجتمع. الثقة وتبادل المنفعة بين الناس ونحو المؤسسات. وتقاس عن طريق الأسئلة عن الشعور بالالتزام والثقة، القيم ومشاعر الانتماء.

يعرف رأس المال الاجتماعي كجزء من مفهوم التماسك الاجتماعي: حيث إن هذه الظواهر من التنظيم والتركيب الاجتماعي تعمل كمصدر للأفراد لعمل اتصالات وشبكة اجتماعية، التي تؤدي إلى قاعدة من تبادل المصالح، الثقة، عمل مجمع، تبادل منفعة وتنظيم الأفراد (مثال: مستويات عالية من الثقة بين الأشخاص والمساعدة المشتركة. (Kawatchi and Berkman 2000 ؛ Putnam 2000). وهي تشير إلى مدى الفرص التي يقدمها المجتمع لأعضائه، من خلال الأنشطة في المجال الاجتماعي. العمل التطوعي اشتراكات جماعية، الاسترخاء والتجديد، التنشيط السياسي والتسهيلات التعليمية وذلك لتحسين مصادرهم الشخصية. (رأس مالهم الاجتماعي) (Coloman 1984 ؛ Patnam 1995 ؛ Brissette et al. 2000). أسهم رأس المال الاجتماعي يقال عنها إنها مجمع؛ حيث إن التعاون يبنى ويمدد الاتصال الاجتماعي.

تم نقل مستوى عالٍ من رأس المال الاجتماعي على أنه مرتبط بشكل مستقل بنسبة المرض المنخفضة وأيضًا مع الصحة ذاتية التقييم الأفضل والحالة الوظيفية ونوعية الحياة الفضلى (Grundy and Bowling ؛ Kawachi et al. 1997a, 1997b, 1999 1999 ؛ Kawatchi and Berkman 2000 ؛ Ross and Mirowsky 2001 ؛ Bowling et al. 2003 ؛ Hyyppa and Maki 2003). على الرغم من وجود أبحاث متزايدة عن أسهم رأس المال الاجتماعي من خلال الخصائص الاجتماعية الديموغرافية للأفراد (Li 2003 ؛ Coulthard et al. 2001)، قليل من الباحثين نسبيًا كشفوا كاملا عن الترابط المستقل بين رأس المال الاجتماعي والصحة البدنية، الوفاة الرفاهة السيكولوجية أو نوعية الحياة (Brissette et al. 2000). ويحتاج ذلك سيطرة متأنية للمتغيرات الاجتماعية الديمغرافية وتحليلا متعدد المستويات.

تشمل قياسات رأس المال الاجتماعي الأوسع المؤشرات الشخصية للجرائم، التلوث، تكاليف الحياة، تسهيلات المشتريات، الانضمام إلى أماكن ذات مستوى، تكاليف السكن، تسهيلات تعليم، نظام الحماية، مستوى الخدمات والتشغيل، والأجور، مستوى البطالة، الظروف الجوية، الرياضات المختلفة الداخلية / في الهواء الطلق، نسبة العمل للسفر، تسهيلات المتع، مستوى المشورة المنزلية وسهولة الوصول إليها، ثمن الإقامة الخاصة (وذلك للتعرف على مفهوم ترتيب أهمية نوعية الحياة للناس، (Rogerson 1995 ؛ Rogerson et al. 1989 ؛ Flax 1972) . هناك مؤشرات أخرى أضافت كيفية الوصول إلى مواصلات مناسبة ومواصلات يمكن تحمل مصروفاتها، مصادر مختلفة للمجتمع وتسهيلات والخصائص العامة للجيرة. مؤشرات ذاتية تشمل القيم الشعبية، مفاهيم للجيرة ومستوى الرضا مع زمن العمل والسفر، الرضا عن منطقة السكن، المواصلات، الأمان من الجرائم (Rogerson et al. 1989 ؛ Coulhard et al. 2001 ؛ Cooper et al. 1999) .

هناك القليل من المعايرة للقياسات لرأس المال الاجتماعي، وقد كوّن الباحثون فقراتهم ذاتيًا لقياس هذا المفهوم. وفي المملكة المتحدة المسح المنزلي (GHS) والمكتب القومي للإحصاء (ONS) استخدم مجموعة رأس مال اجتماعي من الأسئلة التي تطورت من دراسة حكومية قام بها ONS لأبحاث رأس المال الاجتماعي (Cooper et al. 1999 ؛ Walker et al. 2001) . قد أسست على تعريف Putnam (1995) عن رأس المال الاجتماعي، وتم اختبار الفقرات للاتساق الداخلي (معامل ألفا) وتحليل عاملي قبل أن توضع في الاستبيان الأخير (Coulhard et al. 2001) . تغطي الأسئلة طول الإقامة في المنطقة، الاستمتاع بالمنطقة، تقييم الخدمات المحلية والتسهيلات، الأمان، مفهوم القوة للتأثير على قرارات الجيران والارتباط المدني، الجريمة وخبرة الإجرام، تقييم السلوك غير الاجتماعي، الأوساخ، بقايا الكلاب، الضوضاء، مشاغبات الشباب، مشاكل

المخدرات، المشاعر تجاه الجيران الملاصقين (جوار "الشارع أو البناية") ، بما في ذلك المودة، الثقة بالجيران، الاتصال الاجتماعي . هذه الأسئلة متواجدة في تقرير المسح المنزلي العام لسنة 2000 (Walker et al. 2001) ، وتفاصيل الأسئلة والاستجابات التي تظهر في التقرير المرافق عن رأس المال الاجتماعي (Coulhard et al 2001) .

طرق قياس الشبكة الاجتماعية والدعم الاجتماعي

حاليا لا يوجد مقياس تقييم يقيس المكونات الأساسية للشبكة الاجتماعية والدعم بمستوى مقبول للثبات والصدق . منشأ جزء من المشكلة من نقص الموافقة على الأسس المفهومية ، أو حتى الفشل في أخذها في الاعتبار .

كثير من المسح اعتمدت على سؤال فقرة واحدة مثل الحالة الزوجية ، تكرار الاتصال بالآخرين ، وجود الثقة . قياس الفقرة الواحدة وجد أن له تنبؤية للحالة الصحية والوفاة ولكنه بمفرده لا يعطي تخيلا لديناميكية الشبكة . من الواجب مقارنة الطرق وإصلاح الأخطاء . بين الدراسات التي تستخدم طريقة واحدة للقياس بسيطة للشبكة الاجتماعية معمل السكان لبلدة Alamada الذي قدم أشهر دليل مقنع للربط بين الشبكة الاجتماعية والوفاة (Berkman and Syme 1979) . وتم تطويره بواسطة Lubben (1988) وسمي بمقياس شبكة لوبن الاجتماعية . إذا ما زادت عدد الدراسات التي تستخدم قياسات معيارية وكافية ، دليل الروابط قد يثبت أنها أقوى والتخبط حول الروابط يصبح أقل تضاربا .

هناك الآن نظام بعيد عن البساطة يجمع الاتصالات الاجتماعية وأسئلة الفقرة الواحدة لتطوير المقياس . كثير من المحاولات السابقة قيمت ببساطة الشبكة الاجتماعية والدعم بالأسئلة عن الحالة الزوجية ومكونات المنزل (راجع Hirsch 1981) . ونتائج الدراسات الأولية عن الروابط الاجتماعية والصحة العقلية والبدنية هي أن الروابط الاجتماعية هامة وتحتاج إلى دراسة إضافية . والدراسات المعتمدة على أسئلة الفقرة

الواحدة والقياسات الخام والمبسطة لا تستخدم لاستخراج تطبيقات للممارسة العملية. من المهم تفريق العلاقات اعتمادًا على احتوائها، الإجراءات والتطوير. والفشل في الحصول على هذه البيانات يحول دون المعلومات عن كيفية عمل الشبكة الاجتماعية كجهاز دعم اجتماعي. الأسئلة المسحية التي لا تفصل الدعم الاجتماعي من تركيب الشبكة لا تسمح بالتعرف على الأحوال الاجتماعية التي تُقدم فيها المساعدة والدعم. لا يمكن التأكيد على أن وجود ابنة تحيا قريبًا قد يؤدي بالضرورة إلى وجود دعم كافٍ ومساعدة. معظم المحاولات لقياس نوعية الشبكة تتكون من أسئلة للمستجيب على من هو قريب منهم، أو قريب وعلى اتصال وهل هذا الشخص المذكور من المرات. مثل هذه الفقرة الوحيدة غير كافٍ لتقييم مفهوم، نوعية العلاقات (Adams 1967). بعض التقييمات عن الرضا على هذا الدعم الاجتماعي هامة، على أن تكون مرتبطة بالرفاهة، وعلاقتها بتكرار الاتصال أن مفهوم الدعم غير كافٍ في المراجع (Fiore et al. 1986، Seman and Berkman 1988).

وقد وجد (Seeman and Berkman 1988) أن الشبكة وخصائصها لا تظهر ارتباطًا عاليًا مع مظاهر الدعم الاجتماعي التي تكون غير متبادلة. على ضوء دراسة (Cohen et al. 1987) على 155 من كبار السن في فنادق وسط مدينة منهاتن ذات الغرف الواحدة، قرر عن التحليل العاملي مُظهرًا أن 7 فقط من 19 متغير شبكي مُستخدم لديها تناسب كافٍ لتشكيل مقياس قوي، مقترحًا بذلك أن معظم المتغيرات مستقلة عن بعضها. انتقد المؤلفون استخدام المقاييس بدون تحليل مسبق لفقرات المقياس كما انتقدوا تطور المقاييس بدون استخدام النظام البارامتري مثل التحليل العاملي. كما أشاروا، هناك مشكلة بضم كل متغيرات الشبكة في مقياس واحد هو القوة الدافعة لعلاج غير ناضج لمتغيرات الشبكة على أنها ذات الاتجاه الواحد (أي تمثل تركيبًا أساسيًا واحدًا). ضم المتغيرات التي قد تكون مستقلة عن بعضها في مقياس

بسيط قد يضعف التغيرات الحقيقية ويخبئ فروقًا قد تكون هامة. بعض الأبحاث السابقة حددت باستخدام التقنيات الإحصائية ثنائية التنوع، مؤدية إلى استحالة التحكم في تراكيب المتغيرات أو لتحديد القوة النسبية للمتغيرات. قياس الشبكة يحتاج أن تكون متعددة الوجوه، يضع في الاعتبار التركيب والظواهر الديناميكية للشبكة، وكذلك المفهوم الشخصي للفرد عنها.

يؤكد الباحثون عادةً أن القياسات لحجم الشبكة وتكرار الاتصال الاجتماعي موضوعي جداً وثابت بالمقارنة مع قياسات المحتوى ونوعية العلاقات التي ترتبط بالحالة العقلية للصحة. (House and Kahn 1985). كما نقل Donald and Ware (1982) ثبات العوامل للاختبار - إعادته لمدة سنة بين 0.40 و 0.60 لتقرير الاتصال الاجتماعي. هذا النقص في الثبات قد يعكس أحيانًا التغير لطبيعة العلاقة، خاصة للكبار الذين يعيشون تجربة فقد شبكة عريضة من خلال الموت والمرض للأصدقاء والأقارب (وهم أيضًا من كبار السن)، مع الاحتياط في تفسير النتائج (Bowling and Farquhar 1995). هناك مشكلة بمقاييس الشبكة وهي أن الزيارات للأقارب روتينية بحيث تؤخذ على أنها أمر مسلم به وغير مقرر كزيارة رسمية اجتماعية (Stueve and Lein 1979). كذلك يمكن أن تؤخذ زيارات الزوجات والأزواج كأمر مسلم به جداً كضمان كجزء من الشبكة التي لم تقرر في مقاييس الشبكة (Bowling et al. 1988). أسئلة أخرى عن الدعم الاجتماعي وهي أن الشعور عن طبيعة الدعم للشبكة (مكون مؤثر) يتأثر بالرفاهة السيكولوجية أو الاكتئاب وكذلك بتركيب الشبكة والوظائف. فالناس ذوو الدعم الكافي يمكن أن يفهموا هذا بأنه غير كافٍ لشعورهم بالاكتئاب. لم تحل هذه المشكلة. المفاهيم الذاتية، هامة طبعًا، لكن جدول القياس يجب أن يميز بين المواد الشخصية والموضوعية بدقة. ربما مقابلات إضافية ممكن أن تتم مع العضو الخاص بالمستجيب التابع للشبكة الاجتماعية لإقامة صدق للمعلومة المستمدة من المستجيب.

اقترح Sokolovsky (1986) طريقة سلالية للمعلومات الثابتة المعطاه: ملاحظة المشترك، تاريخ الحياة، تاريخ الجنس والمقابلات غير الرسمية لجس مكونات الدعم الاجتماعي للشبكة الاجتماعية. مثال: قارن Frencis (1984) كبار السن اليهود في كليفلاند وإنجلترا. اعتمدت هذه الطريقة على مجموعة متكاملة للأسئلة حول الخدمات للناحية العملية (الموصلات، المشتريات)، المال، إلخ) والعاطفة (زيارة، نصيحة). مثال آخر، دراسة Wentowski (1982) لمجتمع ريفي أعطى من خلاله أمثلة تقرير عن الدعم حيث تم تقرير أحداث متنوعة (مثال تقنية أحداث حرجة).

في المجمل: هناك القليل من المحاولات لاختبار قياسات الدعم الاجتماعي للثبات والصدق (Tardy 1985). الأبحاث الحالية تعاني من مشاكل تطبيقية: تعريفات غير دقيقة. الفشل في علاج الدعم الاجتماعي كمفهوم متعدد الأبعاد، ودراسات متغيرة متداخلة. المشكلة الأساسية لمعظم الدراسات هي في المفهوم التعليمي، والعملي للدعم الاجتماعي. من الطبيعي ببساطة تحديد الموجودة وجود أو غياب الزوجة أو الزوج، ثقة، مكونات المنزل والنشاطات الاجتماعية. معظم الباحثين يجمعون تسجيلات المستجيبين ويحولونها إلى أسئلة عن تركيب الشبكات الاجتماعية ويتجاهلون الأبعاد المختلفة للدعم. مفهوم التعريفات نادراً ما تقدم، على الرغم من أن علماء الاجتماع بدءوا في تقديم مفهوم العبارات الأكثر تطوراً: التي يعتقد المستجيب أنه مهتم بها / محب / يحترمها / يُقيِّمها وتتبع شبكة آخرين واضحة.

القياسات المتاحة للشبكة الاجتماعية والدعم

عدد من الفصول في دراسة Cohen et al. (2000a) أمدت معلومات مختصرة لعدد من قياسات الشبكة الاجتماعية، ودعم وتكامل اجتماعي؛ غيرها من الدراسات تشمل Payne and Graham Jones (1987) و Orth - Gomer and Unden (1987b).

والأخير ذكر مجموعة من الدراسات تحوي قياسات قصيرة مكونة أساساً من أسئلة

وحيدة الفقرات مع مرجعية قليلة ، لنوعية ورضا مع العلاقات مثال مؤشر شبكة بركمان الاجتماعية (Berkman and Syme 1979) ومقياس الأنشطة والعلاقات الاجتماعية لهاوس (1982) .House et al ؛ ومقياس لين للدعم الاجتماعي (.Lin et al 1979) ومؤشر شبكة العلاقات (Orth - Gomer & Johnson 1987a). على الرغم من أن قياساً قصيراً الفقرات يظهر أنه غير كافٍ في العرض والعمق وما سبق من قياسات تتنبأ بالوفاة في المسح السكاني الطولي . من جانب آخر ، الفقرات غير كافية لإثبات بالضبط أي بعد لضعف تراكيب الدعم الاجتماعي الأكثر أهمية . بالإضافة إلى أن هناك شك عن الصدق للمقاييس القصيرة . مثال : هناك شواهد أن عدداً من الفقرات قد انحرف في مؤشر بركمان للشبكة الاجتماعية ، مشيراً أنه لا يمكن كمقياس معتمد للشبكة الاجتماعية . (Dean et al. 1994) .

دراسة (1988) O'Reilly لعدد 33 جهازاً لقياس الدعم الاجتماعي . قد قررت وجود موافقة ضعيفة على المفهوم التعريفي وكثيراً من المفاهيم لم تكن مُعرفة أو تعريفها سيئ . أو يكون التعريف مغلوطاً خاصة ، إرباك التعريف ما بين الشبكة الاجتماعية والدعم الاجتماعي كان واضحاً . التغيرات المستخدمة لعمل هذه المفاهيم تعكس هذا الارتباك المفهومي . مثال : بعض القياسات التي أشار إليها تُعَرِّف الدعم الاجتماعي في مصطلح خصائص الشبكة الاجتماعية (مصدر الحجم وتكرار الاتصال) . كان O'Reilly أقل تشاؤماً عن قيمة وجود قياس وأشار أن هناك معايير شديدة لتكوين الصدق والثبات مطلوبة . العديد من المقاييس بما في ذلك المذكورة هنا ، والمستخدمة للكبار تم وصفها باختصار بواسطة (1990) Oxman and Berkman . هناك مقاييس طويلة عديدة أخرى للدعم الاجتماعي المصممة خصيصاً للاستخدام مع ناس بالمشاكل في الصحة العقلية ، مثال (1983) Lehman's في مقابلة نوعية الحياة تحوي قسماً خاصاً عن التكرار وطبيعة العلاقة الاجتماعية والاتصالات وكذلك الأنشطة

الاجتماعية (تقدير الرضا باستخدام الأوجه الجميلة - الفظيعة كمقياس للاستجابات). استبيان Bigelow et al. (1991) عن نوعية الحياة أضاف أيضاً مجموعة من الأسئلة عن العلاقات الاجتماعية، الدعم والأنشطة شاملة السلبي / الإيجابي من مظاهر العلاقات. في كلا المقياسين، بعض الفقرات خاصة للناس ذوي مشاكل صحة عقلية ولا يوصى بها لنوع آخر من السكان. وقد طور فريق تقييم الخدمات النفسية (TAPS) مقياس الشبكة الاجتماعية كجزء من البطارية الناتج وهذا جهاز شبه تركيبي وقد يستغرق ساعة للاستخدام (Leff et al. 1990; Leff 1993) قامت Bowling (2001) بكتابة Messuring Disease قياس المرض عن مجموع الأجهزة، على الرغم من تطور هذه المقاييس الفرعية للدعم الاجتماعي كي تستخدم مع مجموعة مخصصة من المرضى. إلا أنها لم تشتمل في هذا الفصل أن على القراء المهتمين الرجوع إلى المراجع المناسبة.

تتضمن المقاييس العامة للحالة الصحية ونوعية الحياة فقرات عن الدعم الاجتماعي والأنشطة. سوف تراجع ليس في هذا المجلد لأنها روجعت في مصادر أخرى مثال (OARS) تشمل بطارية Rand اثنين من البطاريات على تركيب الشبكة (بطارية الصحة الاجتماعية) والدعم الاجتماعي (مقياس الدعم الاجتماعي) (هناك مراجعة لذلك في الفصل الرابع في قسم بطاريات راند ولن يتم إعادتها هنا).

مسح السلوكيات المدعومة اجتماعياً (ISSB)

هو قياس صممه Barrera (1981) للاستخدام مع مدى واسع من المجتمع. تم تطوير الدعم الاجتماعي على أنه استقبال الفرد لتغير سلوكيات المساعدة الطبيعية. مشتق من الدراسات السابقة عن الدعم الاجتماعي. أحس المؤلفون بأن معظم المقاييس المتواجدة تركز على تركيب الشبكة بدلا من ما يفعله الأعضاء واقعيًا، خاصة مع ملاحظة التضارب بين كمية المساعدة المعطاه فعليا والمفهوم الشخصي لكمية المساعدة (Liem and Liem 1978).

يشتغل هذا المقياس بـ 40 فقرة ناشئة من المراجع لتحديد كمية المساعدة التي تلقاها الشهر الماضي. ومتوسط الوقت اللازم لتكملة الاستبيان حوالي 10 دقائق.

المحتوى

إن مقياس ISSB يقوم بقياس 4 أنواع من الدعم: عاطفي، جهازي، لتقييم المعلومات، لإقامة علاقات اجتماعية. يطلب المؤشر من المستجيبين تحديد كيف ساعدهم الناس الشهر الماضي والإجابة على خمس نقاط لمقياس Likert لكل من الأربعين فقرة "أبداً" أو "مرة أو مرتان"؛ "حوالي مرة في الأسبوع"، "عديد من المرات أسبوعيًا" أو "حوالي كل يوم". هو يقيس استقبال الدعم، ولكن ليس المصدر. أمثلة الفقرات تشمل:

العاطفي

تعبير بالاهتمام والاهتمام لرفاهتك.

الاستماع لكلامك من إحساسك الخاص.

كان معك هنا (بدنيًا) في موقف ضاغط.

فقرات دعم تقييم الأجهزة.

إمدادك بمكان لتستريح فيه لمدة قصيرة.

يقرضك فوق 25 دولارًا.

يمدك بالمواصلات.

دعم تقييم المعلومات.

يعطيك معلومات كيفية عمل شيء ما.

يعطيك معلومات عن حالك بدون القول جيد أو سيئ.

يساعدك على فهم لماذا لم تفعل شيئًا جيدًا.

إقامة علاقات اجتماعية .

يكلمك عن ما هو ذو اهتمام لديك .

عمل بعض الأنشطة معاً لإبعاد عقلك عن الأشياء التي تفكر فيها .

هناك مشكلة مع كل هذه البيانات في أنها قد ترتبط بالأحداث الحقيقية لحياة الناس المباشرة أو لا ترتبط . وبعض الفقرات قد تقيس مصادر موجودة للداعم أكثر من قياس الدعم للمستجيبين (مثال فقرات عن القروض المالية وقروض السيارات) .

التسجيل

يجمع تقييم النقاط الخمس لكل فقرة لعمل تسجيل عام ، حيث التقدير الأعلى يشير إلى الدعم الأكبر . يقترح المؤلف أيضاً حساب تسجيل تكراري متوسط حيث يسمح هذا بتسجيل شامل عند فقد بعض البيانات من الفقرات .

ضعف هذا النوع من المقاييس هو : أنه بدون تمييز الدعم المتواجد والموضوع ، يمكن للمقياس أن يقيس بسهولة ، نوع وشدة المشاكل التي يعايشها الناس حديثاً .

الصدق

اختبر صدق ISSB عن طريق ربط النتائج ، المؤسسة على 43 طالباً بقياس علاقة الأسرة (مقياس الأسرة البيئي) ، الارتباط ، على الرغم من وضوحه ، لم يكن مرتفعاً : 0.35 . افترض المؤلف أن هذا كان بسبب قياس المقياسين لأبعاد مختلفة من الدعم . صدق البناء التركيبية كان مؤكداً بارتباط المؤشر بواسطة قياس أحداث الحياة : 0.38 إلى 0.41 (Sandler and Barrera 1984; Barrera 1981) . ملاحظات المؤلف على المقياس تلخص الارتباط بين ISSB وقياسات الضيق من 10 دراسات منشورة . كان الارتباط من 0.01 - 0.50 على الرغم من كونها ضعيفة . نقل أن ISSB واضح الارتباط بالشفاء من السكتة الدماغية (Glass and Maddox 1992) ، مؤيداً قدرته التنبئية .

هناك موافقة بين الباحثين الذين قاموا بعمل تحليل عاملي استكشافي للمقياس، ونقل أن ISSB يقدم ثلاثة عواملا (Barrera and Ainlay 1983 ؛ Stokes and Wilson 1984 ؛ Walkey et al. 1987 ؛ Pretorius and Diedricks) . كذلك دراسة Caldwell and Reinhart (1988) كانت متوافقة مع التحاليل وتطلق على التطابقات أنها إرشاد ودعم عاطفي ودعم ملموس.

الثبات

معامل ارتباط ثبات الاختبار - إعادته، مبني على 71 طالبا اختبروا خلال يومين، كان 0.88 ، ومرة أخرى على طلبة كان المعامل عند دراسة لمدة شهر (0.80) و (0.63) (Barrera 1981 ؛ Barrera and Anilay 1983 ؛ Valdenegro and Barrera 1983) . المعاملات الاتساق الداخلي للثبات كانت 0.92 و 0.94 تم نقلهما للاستخدام الأول والثاني للمقياس (Barrera 1981) . الملاحظات عن ISSB متواجدة في جامعة ولاية أريزونا من المؤلف. وهذه الملاحظات تقرر أن اختبارات من 5 دراسات أوضحت أن معامل الاتساق الداخلي للمقياس يزيد عن 0.90 .

في المجمل، هناك مشاكل في تفسير المقياس. كما أن مع النتائج الأولية لاختبار الثبات التي ظهرت جيدة، فإنه يجب العمل أكثر على ثبات وصدق المقياس. مع هذا، المقياس أصبح شهيرا، وكذلك العديد من الباحثين كمجموعات أربع للأمراض التخصصية قد تبنوا لاستخدامه مع الثقافات الأخرى (Manne and Schnoll 2001) .

جدول المقابلة للدعم الاجتماعي لأريزونا (ASSIS)

ASSIS المذكور عاليه لم يكن مصمما لإمداد معلومات عن الناس الذين يمدون بالمصادر ولا للتقييم الشخصي للمستجيبين عن مدى كفاية الدعم. لذا فقد صمم على أثرها Barrera (1980, 1981) الـ (ASSIS) ليخاطب هذه الفجوة. تطور (ASSIS) كجهاز

لقياس بعض وجهات الدعم، شاملا إجراءات تحديد عضوية شبكة الدعم والرضا الشخصي بالدعم والاحتياج إليه. تعريفه المفهومي المبني على الدراسات السابقة، الخاصة بالشبكة الاجتماعية المرتبطة بالناس الذين يمدون الوظائف المُعَرَّفة على أنها دعم. أسس المقياس على التقرير الذاتي ويستغرق 15 - 20 دقيقة للاستكمال.

المحتوى

تفعيل المقياس بسؤال الأشخاص للتعرف على الأفراد الذين يمدونهم بالدعم في المناطق التالية: شعور خاص، مساعدات مادية، نصائح، معلومات رجعية إيجابية، مساعدة بدنية ومشاركة اجتماعية. في كل منطقة، يُسأل الأشخاص عن مثل هذا الدعم من الأشخاص المذكورة أسماؤهم الشهر الماضي، وما إذا كان الدعم كافيًا، يتم تقييم للرضا على مقياس النقاط الثلاث. أمثلة عن الفقرات هي:

شعور خاص

1 عند التكلم عن الأشياء الخاصة، مع من تتكلم؟ أعط الأسماء الأولى والمشهورة للناس الذين سوف تخاطبهم عن شئونك الداخلية أو الخاصة.

هل يوجد أحد آخر يمكنك تذكره؟

2 خلال الشهر الماضي، مع من تكلمت من هؤلاء الأشخاص عن شئونك الشخصية والخاصة؟

اسأل عن الأشخاص المسجلين في السؤال (1) وغير المسجلين في (2).

3 خلال الشهر السابق: هل أجبت:

1 فرص أخرى أكثر للتحدث مع الناس عن الشعور الشخصي أو الخاص؟

2 فرص أخرى إضافية؟

3 هل كان هذا كافيًا؟

4 خلال الشهر الماضي، ما مدى احتياجك للتكلم مع الناس عن شئونك الشخصية جداً والخاصة؟

1 قط.

2 قليلا.

3 بعض الوقت.

المشاركة الاجتماعية

1 من هم الناس الذين تستمتع معهم وترتاح معهم؟ قد تكون تلك الأسماء جديدة أو قديمة.

هل يوجد أحد آخر؟

2 خلال الشهر الماضي مع من تقابلت للترفيه؟

اسأل عن الأشخاص المذكورين في رقم 1 ولكن ليس في 2.

3 خلال الشهر الماضي؛ هل أجبت:

1 فرص إضافية لمقابلة الأشخاص للمتعة والراحة؟

2 عدد إضافي؟

3 أم هل كان كافياً؟

4 ما هي حاجتك للتجمع مع غيرك للمتعة والراحة خلال الشهر الماضي؟

1 قط؟

2 قليلا؟

3 بعض الوقت؟

يشمل جدول المقابلات أسئلة تختص بالعلاقات السالبة، على أساس المراجع النفسية الرابطة بالمشاكل العقلية (تعريف الأشخاص الذين حدث معهم صراع في

الشـهـر الماضي) . أخـيـرًا يُسـأل الأشـخـاص عن العـمـر ، الجنس ، وعِرق الأشـخـاص المذكورة أسماؤهم .

التسجيل

تسمح البيانات المتحصل عليها حساب النقاط الخاصة من الفقرات ذات العلاقة بالمجموع المتحصل عليه وحجم الشبكة المستخدمة الكلي ، حجم الشبكة المتضاربة وحجم الشبكة غير المتضاربة ، كمية الدعم المَرضي والمُحتاج إليه . نقل المؤلف أن قياس رضا الدعم يعاني من التواء حاد في اتجاه نحو التسجيل عالي الرضا (Barrera 1981) . الملاحظات التي تحدد تسجيل الفقرات المستخدمة في الحساب تتوافر عند المؤلف في جامعة ولاية أريزونا .

الصدق

القدرة على التمييز بين المجموعات قد اختبرت على 86 بالغة من الحوامل . ASSIS استخدمت مع ISSB . نقل Barrera (1981) أن حجم الشبكة المتضاربة يرتبط بوضوح مع الاكتئاب والقلق ، يرتبط الرضا مع الاكتئاب والقلق ، الاحتياج المُعبّر عنه له ارتباط واضح مع الاكتئاب والقلق والجسد (0.23 - 0.51) . العلاقة المنقولة بين أحداث الحياة والدعم الاجتماعي كانت دليلا على صدق بناء المؤشر (0.25 - 0.38) . مع أن هذه الارتباطات متواضعة في أفضل حالاتها . أظهر ISSB ارتباطًا بسيطًا لكن دالا مع حجم الشبكة الكلي (0.32) . ولكنه لم يكن دال الارتباط مع الرضا أو الحاجة على نظام ASSIS . استخدم بنجاح في دراسات صحة عقلية وبدنية . استخدم Rivera et al. (1991) ASSIS في دراسة للنساء المهتمات بأعضاء الأسرة الضعفاء . نقلن أن الأشخاص المهتمين المكتئبين لهم نسبة أعلى من العلاقات السالبة مع الآخرين ، أما المهتمين غير المكتئبين فقد نقلوا استخدامًا أكثر لمصادر الدعم الاجتماعية . في دراسة

Wood et al. (1994) عن الاكتئاب في حالة الشابات، نقل أن ASSIS كان قادرًا على التنبؤ بالاحترام الذاتي والاكتئاب. ومسح، (1998) Clinton et al. الطولي عن التكيف المجتمعي لمرضى الشيزوفرانيا، نقلوا أن مفهوم متغيرات الدعم الاجتماعي من ASSIS فسّر بطريقة استقلالية سبب معظم التغيرات في قياساتهم الأربعة لتكيف المجتمع.

الثبات

اختبر الجهاز لثبات الاختبار وإعادته وأظهرت النتائج رضاء من متوسط إلى جيد. تم الاختبار على 45 طالبًا وحجم الشبكة الكلي أنتج معامل ارتباط (0.88) خلال 3 أيام ودراسات أخرى أوضحت ارتباط اختبار – إعادته خلال شهر (0.70) (Valdenegro and Barrera 1983 ؛ Barrera 1980) . ارتباطات الاختبار – إعادته (0.54) لحجم الشبكة المتضاربة، 0.69 للرضا و 0.80 لاحتياج الدعم. كان هناك دعم وسطي للتنبؤ وصدق البناء (Barrera 1981).

ارتباطات الاتساق الداخلي لرضا الدعم ولاحتياج الدعم كانت منخفضة إلى متوسطة 0.33 و 0.52 على التوالي.

أوضحت دراسة (1985) Barrera et al. لعدد 36 مريضًا خارجيًا للصحة العقلية ممن وافقوا على تقديم اسم عضو شبكة واحدة أوضحت معامل Kappa بين تقارير الأشخاص وتقارير مقدمي المعلومات على الدعم من 31 حالة غير موافقة على فقرات ASSIS ، 24 ممن لم يوافقوا كان عدم موافقتهم لأن المبلغين ذكروا أنهم قدموا لهم دعما بينما الأشخاص أشاروا إلى أنهم لم يتلقوا دعمًا ؛ وسبعة أشخاص قالوا إن المساعدات قُدمت لهم ولم يقل المبلغون ذلك.

ثمت احتياج لاختبارات أخرى للثبات والصدق. ففي أفضل أحواله: كان صدق المقياس متوسطًا.

إدراك الدعم الاجتماعي من الأسرة والأصدقاء

قام (1983) Procidano and Heller كمقياس لإدراك الدعم الاجتماعي. كان مصمّماً لتقييم وظائف الشبكة الاجتماعية المحددة بواسطة (1974) Caplan: "المدى الذي يصل به الفرد إلى الإدراك أن احتياجه للدعم، للمعلومات والمعلومات الرجعية قد استكمل بالأصدقاء... وبالأسرة". انتقد (1982) Thoits التعريف بأنه غير كافٍ على أساس أنه يشمل الكلمة بعينها التي يجب أن تعرّف (الدعم). يقيس القياس الدعم المتواجد والواصل، خاصة الدعم العاطفي. ويحتاج 8 دقائق تقريباً للاستكمال.

المحتوى

يشمل 20 فقرة لقياس التقرير الذاتي، المستنبط، بعد اختبار الطلبة من مجموع 88 فقرة. قياس 20 فقرة واحد يعطي لإدراك الدعم العائلي و 20 فقرة أخرى لقياس إدراك الدعم من / إلى الأصدقاء. الإجابات تحتاج "نعم" أو "لا" أو "لا أعرف". الأمثلة هي:

الأسرة

اعتمد على الأسرة للدعم العاطفي؛

عائلتي حساسة لاحتياجاتي الشخصية؛

عائلتي تقدم لي الدعم النفسي الذي أحتاجه.

الأصدقاء

أصدقائي يسرون بسماع ما أفكر فيه؛

لديّ علاقة مشاركة عميقة مع عدد من الأصدقاء؛

أحس أنني على حافة دائرة أصدقائي.

بعض الفقرات تشير إلى الدعم المعطى

أصدقائي جاءوا إليّ للدعم العاطفي؛

بعض أعضاء أسرتي جاءوا إليّ عندما يكون لديهم مشاكل أو يحتاجون نصيحة.

التسجيل

إجابات الفقرة الإيجابية كاملة وتقدم متفرقة للأسرة والأصدقاء. يمكن حساب تسجيل كامل أيضًا.

الصدق والثبات

حقق المطورون أن المقياس المرتبط بقياسات الحالات المرضية النفسية والقلق (0.85) وبالتالي يكون داعمًا قدراته التميزية (Procidano and Heller 1983). دراسة المرضى البالغين الخارجيين أكدت النتائج الأولى لصدق المقياس، وصفوا أنه يمكن التنبؤ بمستوى النضج النفسي الاجتماعي (Gavazzi 1994). واستخدم بنجاح في الدراسات الإكلينيكية. استخدم (1994) .Grummon et al المقياس في دراسة للضبط السيكولوجي بين مستخدمي المخدرات لمرضى الإيدز، وحقق أن إدراك الدعم الاجتماعي من الأسرة (لكن ليس من الأصدقاء) ارتبط إيجابيًا بالضبط السيكولوجي. حقق Lin (2002) أن المقياس الفرعي لإدراك الدعم الاجتماعي من مقياس الأصدقاء توسط العلاقة بين اتجاهات سوء الوظيفة والاكتئاب وذلك في دراسة عن الشباب التايواني.

بالنسبة للاتساق الداخلي، اختبار المطورين لـ 222 طالبًا أنتج معامل ارتباط (0.88)، (0.90) على التوالي للفقرات المرتبطة بالأسرة والأصدقاء. ثبات الاختبار – إعادته، لعدد 222 طالبًا، كان (0.83) خلال مدة شهر (Procidano and Heller 1983). في دراسة عن ثبات المقياس بين الطلبة، أوضحت الارتباطات بين المقاييس والمقاييس الفرعية والمقياس العام كانت قوية وعالية الدلالة (Eskin 1993).

على الرغم أن المقياس لديه ثبات داخلي جيد، فإن ثبات الاختبار إعادته جيدة

نوعية العلاقة (نشره كاملا Pierce et al. 1991) . ولم ينشر هنا وعلى القراء المهتمين الرجوع إلى المرجع الأخير .

جدول مقابلة للتفاعل الاجتماعي (ISSI)

هذا المؤشر تم تطويره بواسطة Henderson et al. (1980, 1981) . التعريف المفهومي للدعم بني على نظرية أن العلاقات الاجتماعية أساسها الاتصال ، التكامل الاجتماعي ، الرعاية ، قيمة الإنسان ، الإحساس بالاعتمادية ، المساعدة والإرشاد . تطور المقياس خلال عام من دراسات استطلاعية على 130 شخصاً في المراكز الصحية ، أقسام المرضى الخارجيين في نادٍ للكبار ، وعينة من عموم السكان في كنبرا . لقد تحقق أنه مقبول للمستجيبين السُلام والمستجيبين .

يستغرق المقياس حوالي 30 دقيقة للاستكمال ؛ على الرغم من نشر تقارير حققته في 60 دقيقة . نسخه قصيرة من المقياس طورت بواسطة Unden and Orth-Gomer (1989) بنفس مستويات الثبات ، الصدق وتميز قدرات المقياس الكامل .

المحتوى

يشمل المقياس 52 سؤالا عن التوافر ومناسبة الأفراد لأدوارهم : الاتصال ، توافر بعلامات حميمة قريبة . تكامل اجتماعي ؛ توافر بالعضوية لشبكة أشخاص لهم نفس الاهتمام والقيم ، الفرصة لإرشاد الآخرين ، تقييم قيمه الإنسان ، الإحساس بالاتحاد ، الحصول على المساعدة والتوجيه من الناصحين غير الرسميين في وقت الصعوبة . لا يقيس التوافر بدقة وكفاية الاتصال والتكامل الاجتماعي .

سؤال عن التوافر للإمداد تتبع مباشرة بسؤال الكفاية : الأمثلة هي :

كم عدد أصدقائك الذين يمكن زيارتهم في أي وقت ، دون دعوى ؟ وتصل بدون أن تكون منتظراً وتبقي متأكداً بالترحيب بك ؟

وصدق التنبؤ جيد، وأصبح شهير الاستخدام في الدراسات الاجتماعية والإكلينيكية، شواهد إضافية عن خصائصه السيكومترية مطلوبة.

استبيان الدعم الاجتماعي

طوره Sarason et al. (1983) لقياس التوافر، والرضا بالدعم الاجتماعي. التعريف المفهومي للدعم استنبط من نظرية Colby للاتصال وأسس على وجود أو توافر الناس الذين يمكن الاعتماد عليهم والذين يهتمون ويحبون ويقدرون المستقبل.

في بناء المقياس، المعتمد على التحقيق الذاتي، كُتبت 61 فقرة لاختبار المواقف التي يكون فيها الدعم الاجتماعي هامًا للناس.

تم استخدامها مع 602 طالبا، طلب منهم عمل قائمة بمن يساعدهم. الفقرة ضعيفة الارتباط مع غيرها تم حذفها. كما أن طريقة التسجيل أرشدت. تم اختيار أبسط طرق التسجيل المستخدمة وهي عدد الناس الداعمين. مؤشر التوافر المختار كان عدد الأفراد في القائمة مقسومًا على عدد الفقرات.

معظم الفقرات تعتمد على الدعم العاطفي؛ وهذا المقياس مناسب لقياس الدعم العاطفي فقط، وفي 15 دقيقة للاستكمال. يوجد نسخة من 3 فقرات ونسخة من ست فقرات طورتا بواسطة Sarason et al. (1987b).

المحتوى

يشمل الجهاز 27 فقرة تسأل الشخص (أ) أن يُعِدَّ قائمة للناس الذين قد يلجأ إليهم في مواقف خاصة (ب) تحديد رضاهم لكل دعم متعرف عليه على المقياس مداه من راضٍ جداً. إلى غير راضٍ تمامًا. وقد نشر Sarason et al. (1983) كاملاً. الأمثلة هي:

من يمكنك الاعتماد عليه عندما تحتاج إلى الكلام؟

من تستطيع الاعتماد عليه عندما تقع في أزمة حتى إذا ذهبوا بعيداً عن خططهم ليساعدوك؟

مع من تكون أنت نفسك تماماً ؟

على من تعتمد عندما تحتاج إلى شخص يساعدك ؟

من تعتقد أنه يقدرك كإنسان ؟

من تعتمد عليه ليواسيك عندما تكون مضطرباً ؟

التسجيل

كل فقرة تسجل (عدد الأفراد في القائمة)، تسجيل الرضا يتراوح بين 1 - 6 (من راضٍ جداً إلى لست راضياً). هناك تسجيلان يتم تسجيلهما بقسمة كل من التسجيلين (عدد الأفراد، الرضا الكامل) على 27 فقرة: متوسط (لكل فقرة) عدد الأفراد؛ ومتوسط مستوى الرضا بالدعم.

الصدق

اختبر (1983) .Sarason et al القياس في دراسة لـ 227 طالباً استخدموا المقياس مع مقاييس الشخصية (الناحية العصبية). الارتباطات مع استبيان الدعم الاجتماعي كانت ضعيفة إلى متوسطة 0.02 - و 0.43 - للتوافر والرضا بالدعم. دراسة أخرى مع 295 طالباً أوضحت وجود ارتباط بين أحداث الحياة الإيجابية وعدد الدعم الاجتماعي. ودراسة على 440 طالباً أوضحت أن الناس الذين لديهم دعم أكثر لديهم مفهوم ذاتي إيجابي أكثر. بالإضافة إلى ذلك، من كانوا مرتفعي الدعم الاجتماعي قدروا أكثر جاذبية وأمهر اجتماعيا (Sarason et al. 1985). وفي محاولة أخرى لدعم صدق بنائه، أسس (1999) .Swindell et al؛ عن مرضى HIV، حقق ارتباط دال بين استبيان الدعم الاجتماعي ومقياس 36 - SF للحالة الصحية الأوسع. نشر المطورون النتيجة للعديد من الدراسات المشابهة مؤكداً صدق بناء المقياس (Sarason et al. 1987a, 1987b). حكم على صدق التنبؤ بأنه مرض على أساس الارتباط بالاكتئاب (كانت الارتباطات لمائة

رجل و 127 امرأة عن كل بُعد من 0.22 - إلى 0.43 -) . دعم Sinha et al. (2002) صدق بناء المقياس في دراستهم عن كبار السن في الهند . وتنبئهم أن الدعم الاجتماعي، كما قيس بالمقياس، سوف يكون له تأثير مطور على الاتجاهات الإيجابية للحياة والتحكم الإدراكي في الحياة تم دعمه . تحليل عاطفي متفرق أداه المطورون لكلا التسجيلسن . كل تحليل أوضح عاملاً أولا قوياً . والذي مثل 82% للاختلاف المشترك الطبيعي للتسجيل المتاح و 72% للرضا في التسجيل الداعم.

كل عوامل التحميل زادت عن 0.60 و 0.30 لكل تسجيل بتوالٍ. ويبدو ذلك من الشواهد الجيدة أن هناك عامل قوي تحت كل تسجيل يمثل أبعاداً مختلفة للمفهوم. قام Pretorius & Diedricks (1993) بتحليل عامل استكشافي وأكدا أن استبيان الدعم الاجتماعي احتوى عاملا واحدا يمثل تركيب المقياس.

الثبات

ثبات الاختبار - إعادته فوق 4 أسابيع، باستخدام 602 طالباً، كان (0.90) لتوافر فقرات الدعم، و (0.83) للرضا عن الدعم باستخدام 105 طالباً . كانت معامل ألفا للثبات الداخلي (0.97) لعملية التوافر ؛ (0.94) للرضا بالدعم ؛ باستخدام 602 طالباً جامعياً، ارتباطات داخل الفقرات مداه من 0.37 إلى 0.71 - للتوافر، ومن 0.21 إلى 0.74 = للرضا بالدعم. دراسة ثانية على 227 طالباً أوضحت ارتباط بين الإتاحية والرضا بالتسجيل الدعمي (0.31) للرجال و (0.21) للنساء Sarason et al. (1983).

تلخيصاً، هو قياس حيوي للدعم، بنتائج جيدة للثبات الداخلي، وبعض الدعم تُصدق بنائه وتنبُئه. توجد نسخة ألمانية معتمدة (Franke et al. 2003). تطور واختبار المقياس أدت بالمؤلفين إلى توضيح الأهمية للدعم الإدراكي: أكثر من حجم الشبكة ذاته : كأنسب متغير (Sarason et al. 1987a). مما أدى بهم لتطوير مقياس آخر؛ مؤشر

هل يجب أن يكون لك أصدقاء أكثر أم أقل من هذا النوع، أم هذا مناسب؟

ثلاث فقرات تسأل عن العلاقات السالبة:

كم عدد الأفراد الذين إن تراهم بانتظام تكرههم؟

التسجيل

المؤشرات الأربعة الرئيسية تعطي 4 نقاط:

توافر الاتصال، إدراك كفاية الاتصال، توافر التكامل الاجتماعي، إدراك كفاية التكامل الاجتماعي، المؤشرات التالية تم خلقها:

AVAT: توافر الحميمية في العلاقات القريبة (الاتصالات).

ADAT: إدراك كفاية ما تحويه هذه العلاقة الحميمة، معبراً عن النسبة المئوية لما هو متواجد.

NONDAT: من تنقصهم العلاقات القريبة قد لا يكونون تعساء من موقفهم. هذا المؤشر لقياس مثل هذا الرضا على الرغم من فقد الاتصال.

ATTROWN: عدد الأفراد المتصلين الذين تشاجر معهم المستجيب خلال الشهر الماضي.

AVSI: توافر العلاقات المضطربة مع الأصدقاء، زملاء العمل والمعارف (تكامل اجتماعي).

ADSI: الإدراك بكفاية العلاقات الأكثر اضطرابًا.

تم نشر التسجيل والتعليمات الحسابية بواسطة Henderson et al. (1981a).

الصدق

قيم المؤلفون المقياس بأن له وجه ثبات وذكروا أن الفقرات تتواصل للتركيب التوافري وكفاية الاتصال للكبار والتكامل الاجتماعي. قام Henderson et al. (1980) ببناء

صدق للمقياس بتحليل أبعاده الأربعة بالنسبة لتقييم الشخصية (أمراض عصبية والانطواء الذاتي – انصراف الاهتمام إلى كل ما هو خارج الذات كما قاسها Eysenck Personality Inventory) . اشتملت العينة على 225 عضواً من السكان . نظر المؤلفون أن الشخص المريض نفسيًا قد يقابل مشاكل في العمل مع الحفاظ على العلاقات الاجتماعية وبالتالي سوف يكون دائمًا غير مرتاح مع هذه العلاقات . العلاقات العكسية بالتوافر والقياسات المَرضية والأمراض العصبية قد حققت (0.81 إلى 0.31) . كانت النتائج أقل اتساقًا مع التصرف للتأثير الخارجي صدق البناء للمقياس تم دعمها بواسطة Magne et al. (1992) . وجدوا أن ، عيناتهم التي حاولت الانتحار كان الدعم الاجتماعي متصلا مع الحالة الزوجية والنشاط الاقتصادي في الاتجاه المتوقع .

حقق Henderson et al. (1980) الصدق التنبئي على أساس دراسة الأمراض العصبية لعدد 756 ساكنا من كنبرا ، أستراليا . ارتبط القياس بمقياس Zung للتقييم الذاتي للاكتئاب واستبيان Goldberg للصحة العامة 0.15 - إلى 0.96 - (Henderson 1981) . دعمت الدراسة بثلاث مقابلات متابعة خلال 12 شهراً التي اعتمدت على مجموعة قاعدة بيانات من 756 مقيمًا في كنبرا . وأقرت الدراسة أن نقص العلاقات الاجتماعية لها تأثير على التطور المبكر لأعراض الأمراض النفسية . حيث إن التوافر والكفاية لفقرات ارتبطت بدلالة وسلبية مع الأمراض النفسية والاكتئاب ، صدق التنبئية كان مرضيًا . كان المقياس قادراً على التمييز بين المهاجرين الجدد إلى كنبرا ومن عاشوا هناك سبعة شهور أو أكثر . قوة هذه الدراسة هي استخدامها لعينة من السكان وكانت الدراسة مستقبلية ولم تكن مقطعًا عرضيًا ؛ وبالتالي قياس الروابط الاجتماعية لم يكن ملوثًا بالأعراض المرضية النفسية الموجودة فعلا . الارتباطات بين تسجيلات المستجيبين للـ ISSI وما هو معرف جيداً عن العلاقات الاجتماعية لديهم كانت متوسطة

- ضعيف ؛ على الرغم من وضوح دلالتها (0.26 - 0.59) للفقرات . قد يكون هذا مؤشر للاختلاف بين الدعم الواقعي والإدراكي . حقق أيضًا Persson and Orbaek (2003) أن ISSI كان حساسًا للاختلاف في الخصائص الدالة على مستوى القلق في مجموعة من النساء السليمة الصحة ، كما عرفها STAI-Y .

الثبات

تسجيل الثبات للاختبار - إعادته لمؤثر المقياس عبر 18 يومًا باستخدام 51 شخصًا من السكان تراوح ما بين (0.71 إلى 0.76) ، ومع 756 من البالغين من السكان لمدة 18 يومًا ، تراوح التسجيل ما بين (0.66 - 0.85) وخلال 12 شهرًا بين (0.66-0.88). مشكلة المدة الطويلة أن تركيبات الدعم قد تغير وأن ارتباطا منخفضًا قد يعكس هذا بدلا من ثبات القياس معامل ثبات الاتساق الداخلي بين (0.67 - 0.81) للمؤشرات .

نلخص ، أن على الرغم من كونه مقياسًا واعدا ، فهو يحتاج اختبارات أخرى .

مقياس الشبكة الاجتماعية (SNS)

قام بعمله Stokes (1983) ، اعتمادًا على عمل Hirsch (1980) . ومستخدمًا 20 أرملة صغيرة فقط و 14 سيدة كبيرة ممن التحقن بالدراسة في كلية للمرة الثانية حديثًا . Stokes (1983) أسس SNS على أبعاد أربعة للشبكة ومن مُحكمه بأنها هامة : حجم الشبكة ، عدد الأشخاص المقربين للمستجيب ، عدد الأقارب في الشبكة وكثافة الشبكة .

إضافةً إلى NSN المقياس ذو 8 فقرات الذي يسأل الناس لتقدير الشبكة الاجتماعية الكلية ، وشبكة الأصدقاء ، في 4 أبعاد ، قناعة عامة بالشبكة ، كم التغير المأمول في الشبكة ، رضا المشاركة بالأنشطة اليومية ، ورضا للدعم العاطفي . تم تجميع 8 تقييمات للإمداد بقياس مرض .

المحتوى

بني تعريف (1980) Hirsch للمفهوم عن الدعم على التفاعل المؤثر على القدرة على العمل، التوجيه، التقوية الاجتماعية، المساعدة، النواحي الاجتماعية والعاطفية الداعمة. بعد الدعم الاجتماعي للمقياس قد نظم بسؤال المستجيبين لتحديد كمية التفاعل مع أعضاء الشبكة في أماكن خمسة للنشاط الداعم ودرجاتهم للرضا بالتفاعل.

بُعد الشبكة الاجتماعية للمقياس يصور الشبكة الاجتماعية كجهاز داعم طبيعي، يعتمد على الآخرين الواضحين. يتم تشغيل ذلك بسؤال الناس بعمل قائمة "بالأسماء الأولى لعشرين شخصاً ذوي دلالة في حياتك وتحتك بهم مرة على الأقل شهرياً". ثم تضع الأفراد علامة X على صندوق القائمة الرابط للناس ذي الدلالة لحياة كل للآخر، ويتصلون ببعضهم مرة شهرياً على الأقل. كما يجب تحديد الأقارب في القائمة وكذلك من منهم يمكن "الوثوق به للمساعدة عند الضرورة". هذا مهم من حيث إمداد دعم مؤثر، مقنع بدلا عن حجم الشبكة. (Brown et al. 1975 ؛ Conner et al. 1979 ؛ Stokes 1983) وهذا يعطي معلومات عن:

1 حجم الشبكة، أخذ تعريف الشبكة على أنه الناس الدالين في حياة المستجيب ومع من يتفاعل المستجيب بانتظام.

2 عدد الأفراد في الشبكة والذين يحس بقربهم المستجيب - كم عدد من يمكنهم المساعدة في الطوارئ.

3 عدد الأقارب في الشبكة.

4 كثافة الشبكة (أية درجة ترابط أعضاء الشبكة مع بعض).

التسجيل

يشمل عدد أعضاء الشبكة، أقارب وموثوق بهم. يجب على التسجيل تحديد التراكب بين هذه الدرجات (مثال، بين الأقارب والموثوقين).

عدد كبير من المتغيرات يمكن أن تحسب وتسجل من الشبكة:

i حجم الشبكة: عدد الأفراد في القائمة

ii أقارب: عدد الأقارب في القائمة

iii أصدقاء: عدد من هم لسيوا أقارب

iv الموثوقون: لم يكن الوثوق بهم للمساعدة عند الضرورة

v الموثوقون الأقارب: عدد الأقارب الذين يمكن الوثوق بهم

vi الموثوقون الأصدقاء: عدد الموثوق بهم من غير الأقارب

vii نسبة الأقارب المئوية: نسبة في الشبكة من الأقارب (الأقارب / الحجم)

viii نسبة الوثوق المئوية: نسبة أعضاء الشبكة الموثوق بهم (الموثوقون / الحجم)

ix نسب وثوق الأقارب المئوية: نسبة الموثوق من الأقارب (أقارب موثوقون / الحجم)

x الكثافة: نسبة مجموع العلاقات الممكنة التي تتواجد بين الأعضاء من الشبكة الاجتماعية، بدون المستجيب.

xi الأقارب: كثافة الأقارب في القائمة للشبكة الاجتماعية

xii كثافة الأصدقاء: كثافة الأصدقاء في القائمة للشبكة الاجتماعية

xiii كثافة الأقارب – الأصدقاء: عدد العلاقات بين الأقارب والأصدقاء كنسبة مجموع العدد الممكن لمثل هذه العلاقات.

الصدق والثبات

على الرغم أن المقياس حكم بأن لديه صدقًا للشكل، لم يختبر كليًا للثبات والصدق؛

وهو محدود، وقد أكمل Stokes بنفسه استخدام SNS مع مقاييس أخرى تقيس تكرار استقبال الدعم (مثال مسح السلوكيات المدعومة اجتماعياً (Stokes 1985)). وعلى أساس استخدام 82 طالباً في NSN قام Stokes (1983)، بوضع هذه الأبعاد في محلل رئيسي للمكونات، وظهر 4 عوامل تمثل 80% من التغير في القالب الأصلي: حجم، مع التركيز على عدد الأصدقاء في الشبكة، وجود الموثوقين، غلبة الأقارب في الشبكة والكثافة. كما حقق Stokes (1983) أن عدد الموثوقين في الشبكة الاجتماعية تُنبئ لرضا الدعم المفهوم.

لا يعرف الأساس في تحديد الشبكة الاجتماعية بأن تكون 20 عضواً. كما أن خطأ في الحساب لنسبة الأقارب المئوية، الموثوقين، أو الأصدقاء في الشبكة معناه أن هذا لا يؤخذ في الاعتبار للحجم في العرض، مثلا الشبكة المكونة من 50% أقارب قد تكون الشبكة من شخصين: أحدهما قريب؛ أو شبكة حجمها 20؛ 10 منهم أقارب. لا يبدو ذلك أساساً مقنعاً لمقارنة المستجيبين.

مشكلة أخرى في المقياس، لا يوجد مؤشر لحدود جغرافية أو تكرار الاتصال، أعضاء الشبكة، ولا يفرق بين نوع القرابة (مثال لا يوجد تمييز بين الأبناء الذكور والإناث)، أو طبيعة الاتصال (داعم؛ جهازي إلخ). قيمة المقياس في اختصاره من الشبكة، مما يوفر صفحات من الأسئلة، وسهل إضافة فقرات تركيبية وأسئلة عن الدعم (Bowling and Farquhar 1995). قياس ملامح تركيب الشبكة في الشبكة تحقق أقل تنبؤ قيمي في الدراسات الطولية للسيكولوجي ورضا الحياة (Bowling et al. 1992, 1993). كما أن المؤلف من تجربته الشخصية مع المقياس يرى أن المستجيبين يحذفون الأزواج أو الزوجات من مقياس الشبكة - وحيث إن وجودهم واتصالهم أمر مسلم به (Bowling et al. 1998).

جانب دعم المقياس الاجتماعي لم يختبر جيداً وحكم بأن له شكلا ثباتا، والارتباط بين المستجيب والمقابل في تقدير الرضا والدعم كان 0.53 وحكم بأنه ثابت. الارتباطات بين الفقرات والاختبار للثبات تراوح بين (0.22 إلى 0.51) (Hirsch 1980).

حساسية المقياس غير معلومة ومعظم شواهد الثبات والصدق في احتياج. غالباً سيحتاج إضافة إلى بعض الفقرات.

مقياس الشبكة الاجتماعية للوبن (LSNS)

طور Lubben (1984، 1988) مقياساً مركباً للشبكة الاجتماعية للاستخدام لكبار السن. كان تطويراً لمؤشر Berkman - Syme Socil Network الذي ميز بين الحي والميت في مسح طولي عن المجتمع في بلدة أميدا (Berkman and Syme 1979) حاول LSNS أن يأخذ في الاعتبار كثيراً من الانتقادات الموجهة لقياسات الشبكة الاجتماعية الموجودة. تشمل الاحتياج لقياس أكثر من مكونات (حيث إن معظم كبار السن يعيشون بمفردهم، فهذا مؤشر غير كافٍ للعزلة الاجتماعية أو الاحتياج) للتمييز بين الدعم الاجتماعي والشبكة الاجتماعية (لتسهيل محاولات التمييز بين نقص الدعم المتوفر ونقص الاحتياج للدعم)، وبين العائلة، الأصدقاء وتفاعلاتهم مع أقرانهم والشبكات (مع الأخذ في الاعتبار ما ورد في المراجع عن إعلاء شأن الصداقة على الأسرة في شبكات الرفاهة النفسية). والاحتياج لقياس حجم الشبكة، وجود علاقة مع الموثوقين ووجود علاقات متبادلة تعطيها أهميتها النظرية للإمداد الوقتي بالمساعدة والدعم عند الاحتياج ومساهمتهم للرفاهة السيكولوجية، وكذلك طبيعة الأجهزة الموجودة غير العملية (لما يتسم به معظمها من طول).

يتكون مؤشر Berkman and Syme الأصلي من محتوى بسيط مؤسس على 4 مكونات أساسية: الحالة الزوجية، طبيعة العلاقات مع الأقارب والأصدقاء، المشاركات

الدينية وعضوية المؤسسات الأخرى ونواد. وهو قادر على التنبؤ بخطر الوفاة بين أعضاء المسح الطولي. لكن: Lubben لاحظ وجود اختلاف بسيط بين عينات الكبار بالنسبة للمؤشرات للمنظمات وأعضائه والحالة الزوجية وأدى إلى حذف هذه الفقرات. لكن: هذا القرار يحتاج إلى مراجعة نظراً إلى زيادة انتساب كبار السن من عمر 65 وأكثر في المجتمعات والأنشطة التطوعية وارتباط بين الحالة الزوجية والصحة، الرفاهة والوفاة. كما بسّط Lubben نظام التسجيل الأصلي.

المحتوى

LSNS قياس مركب في الشبكة الاجتماعية ومكون من 10 فقرات خلال ثلاثة أبعاد:

(1) شبكات الأسرة: من 3 مساحات، حجم شبكة الأسرة النشطة، حجم شبكة الأسرة المحبة، وتكرار الاتصال مع أعضاء الأسرة. مغطاه بالأسئلة على الأعداد الشهرية للرؤية، الأعداد قريبة من، وتكرار الاتصال الاجتماعي؛

(2) شبكات الأصدقاء: مكونة من 3 مساحات، ومغطى بالأسئلة على عدد القريبين، عدد من تراهم شهرياً، وتكرار الاتصال الاجتماعي؛

(3) الدعم الاجتماعي المرتبط داخليًا: يتكون من علاقات مرتبطة داخليًا مغطاه بأربعة أسئلة على وجود الموثوق، وهل يعتمد عليه، ويساعد الآخرين، مع ترتيبات معيشية).

سؤال إضافي يغطي الترتيبات الحياتية (حياة وحيدة، مع زوج أو زوجة: أقارب آخرين أو أصدقاء، أفراد غير أقرباء أو بمفرده). وصورة من المقياس يمكن الحصول عليها من Lubben توضح الأمثلة التالية:

علاقات ثقة

عندما تريد اتخاذ قرار هام، هل لديك أحد للتحدث معه؟

5 = دائماً / 4 = كثيراً جداً / 3 = كثيراً / 2 = في بعض الأحوال / 1 = نادراً / 1 صفر أبداً

عندما يريد الآخرون اتخاذ قرار هام: هل يناقشونك عنه؟

5 = دائماً / 4 = كثيراً جداً / 3 = كثيراً / 2 = في بعض الأحوال / 1 = نادراً / 1 صفر أبداً

مساعدة الآخرين هل يعتمد عليك أحد لعمل شيء له يومياً؟ أمثلة مشتريات، إصلاحات، الطهي

نعم / لا

إذا كان لا = هل تساعد أحداً في أشياء مثل المشتريات، ملء الاستمارات، إصلاحات، العناية بالطفل

4 = كثيراً جداً / 3 = كثيراً / 2 = في بعض الأحوال / 1 = نادراً / 1 صفر أبداً

التسجيل

تسجيل LSNS يتم الحصول عليه من مجموع أوزان متعادلة لكل 10 فقرات، تتراوح كل واحدة من صفر إلى 5. المجموع قد يصل صفر إلى 50.

الصدق

هناك تأييد للقدرة التمييزية للمقياس. اختبر Lubben (1988) LSNS مع أعضاء من غير المؤسسات في المسح الخاص بكاليفورنيا. عينة عشوائية من الكبار من مستقبلي المساعدات الطبية من 8 مجتمعات. LSNS ارتبط بدلالة مع مؤشر رضا الحياة دخول المستشفى من 6 أيام أو أكثر في مدة 12 شهراً سابقة وسلوكيات الصحة. في دراسة عن كثافة العظام بين النساء 65 +، حقق Rutledge et al. (2003) أن تسجيل LSNS كان تنبؤاً جيداً للوفاة. في دراسة Chou A Chi (2001) عن قطاع كبار السن في هونج كونج، حققا أيضاً أن LSNS توسط ارتباط المنافسة اليومية والاكتئاب.

الثبات

كل 10 فقرات للشبكات الاجتماعية قد حققت ارتباطا داخليًا مرتفعًا، مع Cronbach alpha (0.70)، مؤيدًا ارتفاع الاتساق الداخلي (Lubben 1988). دراسة (Chou & Chi (2001 عن قطاع كبار السن في هونغ كونغ حققت Cronbach alpha ارتفاعًا طفيفًا (0.76).

تلخيصًا، المقياس شهير بسبب بساطته (Chou and Chi 1999, 2001)، واستنباطه من القياس المعروف للشبكة الاجتماعية ببلدة Alameda؛ لكن يحتاج دلائل أقوى في الخصائص النفسية.

مؤشر العلاقات الأسرية (FRI)

هذا المؤشر محاولة لقياس الدعم من الأسرة. ليس لديه أسس مفهومية. صممه Moos) (and Moos 1981 و (Billings and Moos 1982). وقد استخرج من جهاز به 90 فقرة بها إجابات لاختيار الصح والخطأ، به 10 مقاييس فرعية تسمى مقياس بيئة الأسرة، والذي طوره المؤلفون. FRI مكون من ثلاثة مقاييس فرعية لمقياس بيئة الأسرة، وقد طور أولا مع عدد من الأسر الطبيعية والأخرى القلقة لمجموعات ثقافية مختلفة. وقد شمل ما يزيد عن 1000 أسرة.

المحتوى

المقياس الفرعي FRI يتكون من 3 أقسام (Moos and Moos 1981) أخذت من مقياس بيئة الأسرة، الأقسام الثلاثة ترجع إلى "الترابط"، "التعبير"؛ "الصراع"، القسم "الترابط" يقيّم كمية الالتزام المساعدة والدعم لأفراد الأسرة المساعدة لبعضها، "التعبير" تقيّم للمدى الذي يتشجع أفراد الأسرة للتعبير عن شعورهم مباشرة، و "الصراع" يقيّم المدى الذي يعبّر به أفراد الأسرة الهجوم، الصراع أو الغضب. الأقسام الثلاثة، مع الأمثلة هي:

الترابط : درجة مساعدة ودعم أفراد الأسرة لبعضهم (مثال "تتوافر روح أن تكون الأسرة معاً").

التعبير : مدى تشجع أفراد الأسرة للتعامل بانفتاح، والتعبير الشعوري المباشر (مثال "نقول لبعضنا البعض عن مشاكلنا الشخصية").

الصراع: مدى التعبير المفتوح عن الغضب والهجوم وحدوث تفاعل صراعي في العموم من خصائص الأسرة (مثال "نتصارع كثيراً في الأسرة").

التسجيل

التسجيل المعياري لكل مقياس فرعي لإنتاج تسجيل مركب. وهناك كتيب إرشادي (Moos and Moos 1981, 1994).

الصدق

على الرغم من عدم وجود مراجع للصدق التنبئي للمقياس الكامل في الكتيب، المقاس الفرعي لديه صدق تنبئي (1982) Billings and Moos على أساس الاكتشافات للدراسة الطولية للدعم الاجتماعي والوظائف بين 113 مريضاً من المتعاطين الكحول. ارتباط الاكتئاب ومستوى منخفض من الدعم يمكن توقعه (ويرجع هذا إما إلى دعم منخفض فعلياً أو ميل الأفراد المبتئسين إلى رؤية حياتهم أكثر تشاؤماً). هناك ارتباط قوي تم إقراره للاكتئاب ومستوى ومصدر الدعم المقرر (0.19 إلى 0.74). وفي مسح طولي عن اكتئاب آلام الأم وأطفالها، (1998) Garber et al. قرر أن FRI توسط الارتباط القوي بين اكتئاب الأم وانتحار الأولاد في فترة المراهقة.

لا يوجد أبحاث كثيرة عن اختبار المقياس.

الثبات

حقق (1981) Billings and Moos وكذلك (1981) Holaham and Moos أن مؤشر

العلاقة الأسرية له اتساق داخلي عالٍ (0.89) ومرتبط بالقياسات الأخرى للدعم الاجتماعي.

ثبات الاختبار – إعادته لمقياس بيئة الأسرة الكامل وفقراته العشر على فترات من 8 أسابيع، 4 شهور، 12 شهراً تراوح بين (0.52 - 0.89) (Moos and Moos 1981؛ Caldwell 1985) .

تلخيصاً على الرغم أن اختبار الثبات جيد، فإن صدق المقياس يخضع للتساؤل ويحتاج اختباراً إضافيًا. انتقد Caldwell (1985) المقياس، وقال إنه مفيد إذا استخدم "بحذر" وأن هناك نقص في الخصائص السيكومترية.

مقياس تقييم الدعم الاجتماعي (SS-A)

ومقياس سلوكيات الدعم الاجتماعي (SS-B)

طور المقياس (SS-A) بواسطة Vaux et al. (1986a, 1986b). إن مفهوم الدعم الاجتماعي المستخدم أسس على تعريف Cobb (1976) للدعم الاجتماعي وصُمم لربط المدى الذي يؤمن به الأفراد بأنهم محبوبون بواسطة، ومحترمون بواسطة، ومتداخلون مع الأسرة والأصدقاء والآخرين. أحد المؤلفين حقق علاقة بين اتجاه الشبكة (مثال إيجابي وسلبي) والمستجيبين محدداً اتصال مؤمن أو قلق Wallace and Vaux (1993). من المميزات الأساسية قصر المقياس.

محتوى : SS-A

مقياس SS-A يحوي 23 فقرة مكونة من قائمة من البيانات عن العلاقات مع الأسرة والأصدقاء. ترتبط 8 فقرات بالعلاقات العائلية، سبع للعلاقات مع الأصدقاء وثمان مع "الآخرين" بصفة عامة. للمستجيبين 4 خيارات: "موافق بشدة"، "موافق"، "لا أوافق" أو "لا أوافق بشدة". لا يوجد متوسطة. الأمثلة هي:

أصدقائي يحترمونني

عائلتي تهتم بي جداً

لست مهمًا للآخرين

أنا محبوب جداً

أحس برابطة قوية مع أصدقائي

إذا توفيت غداً عدد قليل من الناس سوف يفتقدونني

أحس بالقرب لعدد من العائلة

أنا وأصدقائي فعلنا الكثير لبعضنا

(موافق بشدة / موافق / لا أوافق / لا أوافق بشدة)

التسجيل

يمكن حساب 3 تسجيلات : SS-A هو مجموع 23 فقرة، SS-A (للأسرة) مجموع فقرات الأسرة الثمان . SS-A (للأصدقاء) مجموع 7 فقرات للأصدقاء . محدودية المقياس أنه لا يعطي معلومات عن عدد الأشخاص المشاركين بإعطاء سلوك داعم، ولا من هم (زوج أو زوجة أخ أو أخت) .

الصدق

الصدق المجمع أو التباعدي تم اختباره بالنسبة لخمس عينات من الطلبة وعينات المجتمع الخمس (مجموع المستجيبين 1000 شخص تقريباً) . اختبر مقابل قياسات أخرى للدعم الاجتماعي (مقياس الدعم الاجتماعي المفهومي ؛ مؤشر علاقات الأسرة، استبيان الدعم الاجتماعي ومقياسين آخرين غير معروفين : وثلاثة أسئلة من فقرة واحدة عن الرضا بالأصدقاء) . كما أن المؤلفين استخدموا مقياسين آخرين طوروها بأنفسهم . الأول هو

مقياس مصادر الدعم الاجتماعي. وصمم لربط العديد من خصائص أفراد شبكة الدعم الاجتماعي. سئل المستجيبون لعمل قائمة لعشرة أفراد يمدونهم بخمسة أنواع من الدعم: الدعم العاطفي، مساعدة عملية، مساعدة مالية، نصائح وإرشادات اجتماعية. يقدّم المستجيبون تقديراً مرضياً لخمسة أنواع من الدعم المساند ثم سؤال المستجيبين أسئلة عن خصائص الناس المحددة ونوع علاقاتهم (مثل الزوج بالزوجة، الأصدقاء). تم حساب متوسط التسجيل لكل متغير. الاختبار الأخير لمقياس ضد SS-A هو لمقياس سلوكيات الدعم الاجتماعي الذي طوّره أيضاً المؤلفون (انظر أدناه). كما اختبر المؤلفون SS-A ضد 6 مقاييس شخصية ومقاييس اكتئاب، شاملاً مقياس توازن التأثير، و UCLA مقياس الوحدة المراجع (يذكر فيما بعد). أعطى المؤلفون شواهد للصدق المجمع مع تنوع قياسات الدعم. العدد الكبير من معامل الارتباط المقدم من المؤلفين كثيرا جداً لإعادته هنا. لكن، ليس هناك أي ارتباط مع دعم آخر أو قياسات شخصية قوية جداً تتراوح من 0.03 إلى 0.51 وجود معامل ارتباط واحد (0.72 -). ليس هذا مفاجئاً معطياً مفاهيم النظريات المختلفة الممثلة للمقاييس المختلفة. وكذلك فإن الدعم للقدرة التمييزية للـ SS-A، Coen et al. (1997) حققوا على أساس دراستهم عن حمل المهتمين بالمرضى بمرض الزهايمر، أن الحاملين المهتمين بمرضى هذا المرض ارتباطهم مستقل مع SS-A.

الثبات

لا توجد أبحاث منشورة عنه. وفي المجمل يتبقى موضع سؤال، ويحتاج الثبات لشواهد أيضاً.

المحتوى: SS-B

مقياس SS-B طوره Vaux et al. (1987) لربط خمسة نماذج من السلوك الداعم. وهو

مشابه ISSB (1985: 94) .Barrera et al ولكنه لا يعاني من محدوديات السؤال فقط عن الدعم الحالي بدلا من الدعم الفاعلي (والذي قد يعكس ببساطة عدد المشاكل).

هناك قائمة من 45 سلوكًا داعمًا، خمسة مقاييس فرعية ترتبط خمسة أنواع من الدعم في مقياس مصادر الدعم الاجتماعي: دعم عاطفي، الاجتماعيات، مساعدة عملية، مساعدة مالية ونصائح / إرشادات. يشير المستجيبون إلى أي مدى ستنخرط الأسرة والأصدقاء في كل السلوكيات وقت الحاجة. أمثلة:

يقترح عليّ عمل شيء، ليُبعد عقلي عن المشاكل التي تشغلني.

أراد زيارتي، أو دعوتي إلى عنده.

أراد توصيلي إذا احتجت إلى ذلك.

أراد الغذاء أو العشاء معي.

أراد إقراضي عربة إذا احتجت.

أراد الذهاب إلى السينما أو حفل غنائي معي.

(لا أحد يعمل ذلك، أحد من الناس قد يفعل ذلك، بعض أفراد الأسرة، الأصدقاء قد يفعلون ذلك / بعض أعضاء الأسرة / الأصدقاء أكيد سوف يفعلون ذلك / معظم أعضاء الأسرة / الأصدقاء أكيد سوف يفعلون ذلك.)

مشاكل هذه الموازين إنها تفترض قيمًا اجتماعية مثلا أن المستجيبين يقدرون بنفس القدر "السينما أو الحفل الغنائي"، وأن البعض الآخر في وضع مالي يسمح "بإقراض عربة" على سبيل المثال.

التسجيل

اختيار 5 إجابات لكل نوع من فقرات السلوك من "لا أحد يفعل ذلك" معظم أعضاء

الأسرة / الأصدقاء سوف يفعلون ذلك أكيد ، (انظر عاليه) . وتقدر الدرجات صفر (لا أحد) إلى خمس (أكيد) وتجمع .

الصدق

صدق SS-B التنبئي أوضحت الارتباط بالأمراض النفسية متوسطيًا وكذلك مع غيرها قياسات الدعم (بما في ذلك SS-A) (Vaux et al. 1986a, 1986b ؛ Vaux and Wood 1985) . بالإضافة ، هناك خمس طرق مستخدمة لاختبار صدق SS-B كمقياس للدعم : تقسم الفقرات من الحكمين : مشابه (لعب الدور) لنقص العينة لكل نوع من الدعم ، اختبارات ضد قياس مرتبط بمقياس السلوك الداعم (ISSB) ، امتحان لمستوى كل نوع من الدعم للمشاكل المختلفة والتحليل العاملي المؤكد . (Vaux et al. 1987) . تقسيم الفقرات حسب محتواهم بناء على حكم المحكمين (الطلبة) أعطى بعض الشواهد لمحتوى الصدق لـ SS-B . والنسبة المئوية للفقرات المقسمة من المحكمين بالضبط من (13 - 100 %) وفي معظم الأحوال كانت أكثر من 55% والدور الفريد في التدريب للطلبة أظهر نقصًا في الدعم المتواجد مشيرًا إلى دورهم المشرّع ، مزودًا بالشوهد لحساسية المقياس الفرعي . لكن ، الارتباط ضعيف مع ISSB . وقد يكون بسبب أن القياسين مؤسسان على مفاهيم مختلفة للدعم الاجتماعي ، المتواجد والمشرَّع .

أظهر التحليل العاملي الذي قام به المطورون أن نمط الفقرة المجمعة والمتباعدة كان له اتساق عالٍ مع التنبؤ ويؤكد أن SS-B يربط الأنواع الخمسة للدعم المفهوم جيد جدًا (Vaux et al. 1987) . واختبار سيكومتري آخر لـ SS-B بواسطة Corcoran et al. (1998) أوضح أن التحليل العاملي على المقاييس الفرعية المتفرقة أظهر ثقلا أكثر اتساقًا "للأسرة" عن "الأصدقاء" . كما وجدوا أن SS-B أقل تميزًا بين المراهقين في المجموعات العرقية المختلفة الذين يحضرون برامج منع الحمل ، واستنتج أن المقياس يحتاج إلى تطور آخر للإسراع في حساسيته بين الناس مع خلفية عرقية اجتماعية اقتصادية مختلفة .

الثبات

تم الحصول على اتساق داخلي ممتاز لفقرات SS-B (أقل ألفا كانت 0.82) في المجمل، SS-A و SS-B، واعدان ولم يختبرا إلا قليلا على الثبات والصدق.

قائمة تقييم الدعم الشخصي البيني (ISEL)

طور ISEL (1985) .Cohen et al، على أساس الافتراض النظري أن التأثير الماص لضغوط الدعم الاجتماعي موصل عبر المعرفة، الاختبار هذا يحتاج إلى جهاز يؤمل لقياس التوافر الإدراكي للدعم. تطورت الفقرات على أساس نظري لتغطية مجال الدعم الاجتماعي الذي يسهل مضادات الضغوط. لقد صمم لتقييم التوافر الإدراكي للدعم في 4 مناطق مختلفة مساعدات مادية، مقياس فرعي، ميزان مثمن، التحدث مع صديق عن المشاكل، مقياس فرعي، مقارنة النفس مع الغير (مقياس فرعي الذات)، مشاركة الغير في الأنشطة (مقياس فرعي للانتماء).

المحتوى

يحتوي .ISEL على قائمة من 40 عبارة (48 فقرة للطلبة) عن التوافر الإدراكي للمصادر الاجتماعية المحتملة. والفقرات متوازنة: نصف العبارات التي تشكل المقياس تحوي فقرات إيجابية عن العلاقات الاجتماعية والنصف الآخر يحوي فقرات سالبة.

يطلب من المستجيبين أن يوضحوا هل كل بيان "ربما صحيح" أو "ربما خاطئ". أمثلة عن الفقرات هي:

هناك على الأقل شخص واحد أعرفه وأثق بنصائحه.

هناك عدد قليل من الناس أثق أن يساعدوني في حل مشاكلي.

إذا قررت الذهاب إلى السينما في مساء يوم جمعة، يمكن إيجاد شخص للذهاب معي.

معظم الناس الذين أعرفهم لا يشاركونني نفس الأشياء التي أقوم بها.

إذا كنت مريضًا واحتجت إلى أحد ليأخذني إلى الطبيب، سوف أجد صعوبة للحصول على أحد.

إذا كان من الواجب إرسال خطاب في البريد في الخامسة، ولم استطع، يوجد أحد يمكن فعل ذلك.

عمومًا، الناس لا يثقون بي.

معظم الناس يظنون ظنًا جيدًا بي.

التسجيل

ISEL يُسجل بعد عدد الإجابات التي تشير إلى الدعم. لا توجد معلومات على صدق هذه الطريقة. التحليل العاملي، المؤسسي على بيان 133 طالبًا في كلية Brookings and Bolton (1988) ينصح بأن المقياس الفرعي لـ ISEL للتسجيل يجب أن يحلل والمجموع لا يجمع مؤديا إلى فقد معلومات فريدة.

الصدق

درس Cohen et al. (1985) شواهد الثبات والصدق للمقياس ومعظمها لم تنشر. اختبر المقياس على 500 طالب في أوريجون، أكثر من 100 طالب Carnegie-Mellon، و 100 طالب من جامعة ولاية Arizona. و 4 دراسات تمت على نسخة المقياس عن السكان باستخدام عينة الطلبة من جامعة كاليفورنيا، Carnegie-Mellon (أكثر من 200 طالب في المجموع) وعدد من السكان ما يزيد عن 60 بالغًا من برنامج منع التدخين بأوريجون.

مقياس ISEL للطلبة ارتبط متوسطيًا مع مقاييس دعم: 0.46: مع بريرا ISSB؛ 0.30 مع إجمالي تسجيل مقياس Moos لبيئة الأسرة 0.39: مع حجم الشبكة، 0.46 مع الأصدقاء المقربين، 0.42: مع الأقارب المقربين ومقياس السكان العام (0.31) مع مقياس يقيس نوع العلاقة مع الشركاء / الأزواج. كان المتوقع أن المقياس يرتبط باحترام الذات،

لأنه يستمد معلومات رجعية من الآخرين، والارتباط مع مقياس احترام الذات لـ Rosenberg كان (0.74) . كان المقياس مرتبطًا بوضوح مع الاكتئاب . القلق الاجتماعي كان متحكمًا لتقليص إمكانية أن يكون مفهوم الدعم الاجتماعي ليس مجرد قياس للشخصية (مثال، القلق الاجتماعي أو المهارات الاجتماعية) . التحاليل الطولية للمجاميع في الدراسات أظهرت أن المقياس يمكنه التنبؤ بالتغير في أعراض الاكتئاب . الارتباط الأخير أوضح أن المقياس ليس مقياسًا سهلا لقياس الأعراض . كان هناك ارتباط دال بسيط مع الأعراض البدنية وتغير الأعراض . أقر المقياس بأنه منبيء جيد لتوقف التدخين ومرتبط جيد بقياس الضغوط في الاتجاه الخاص بالتأثير المتعادل للدعم الاجتماعي . اقترحت هذه البيانات أهمية الدعم المثمن كحماية ضد أضرار الضغوط للحياة ، كما حقق Espwall and Olofsson (2002) أن المرض بالحالات العضلية العمود فقرية لديها دعم عاطفي ضعيف على النسخة المركزة للمقياس ؛ مؤيدًا صدق بنائه .

التحليل العاملي ، المؤسسي على 133 طالب كلية الذي قام به كل من Brookings and Bolton دفعة مناسبة للبيانات ، على الرغم أن الارتباط بين العوامل الأربعة كان عاليًا واقترح عامل دعم اجتماعي عام من الدرجة الثانية .

الثبات

حقق المؤلفون وجودًا كافيًا للثبات الداخلي والاختبار وإعادته . مع مقياس الطلبة ، معامل ألفا للثبات الداخلي كان (0.86) يتراوح ما بين 0.60 إلى 0.92 مقياس فرعي . تراجع معامل ألفا لمقياس السكان ما بين 0.88 إلى 0.90 . وكان ارتباط المقياس الفرعي من 0.62 إلى 0.82.

اختبر المقياس لثبات الاختبار وإعادته ، على فترات 4 أسابيع مع ارتباط (0.87) للمقياس العام ، و 0.71 – 0.87 للمقياس الفرعي . استخدام المقياس العام للسكان

مرتين مع فترات راحة يومين، الارتباط للمقياس الكلي كان 0.87 وارتباط المقياس التحتي (0.67 - 0.84). ارتباط الأسابيع الستة للاختبار - إعادته لمجموع إيقاف التدخين للمقياس كانت 0.70 عمومًا و (0.63 - 0.69) للمقياس الفرعي. ارتباط الشهور الستة للاختبار – إعادته لهذه المجموعة للمقياس الكلي كان (0.74) وللمقاييس الفرعية (0.49 - 0.68). في ملخص، على الرغم أن المقياس تطور حديثًا ويحتاج إعادة اختبار، إلا أنه يغطي مدى واسعًا من العلاقات الداعمة، وناتج الاختبار للثبات والصدق جيد. المحدد الوحيد أن المقياس يبدو موجهًا نحو الصغار أو النشطاء من السكان لا يستعمل الكبار المرضى (أمثلة عن نصائح لدى تغيير الوظيفة، المشاكل الجنسية وتوافر أشخاص لتقديم خدمة التوصيل إلى المطار، وغيرها). والمقياس مستخدم بنجاح مع المرضى النفسيين ويميز بين من يعيش مستقلا أو مع أسرته أو مجموعات (Pomeroy et al. 1992).

شبكة علم النماذج الشخصية: جهاز تقييم الشبكة

حيث إن الدعم يمكن أن ينبئ عن الناتج في نطاق مجالات الحياة، معرفة نوع شبكة إنسان يمكنها أن تكون ذات قيمة لمتخصصي الصحة والخدمات الاجتماعية. كما أن هدف الخدمة الاجتماعية هو تطوير خطة رعاية للناس، تضيف إلى ولكنها ليست بديلا عن ما يتلقونه من أعضاء شبكتهم الاجتماعية. لذا، حاول العديد من الباحثين تطوير إطار تقييم الشبكة لخطط الرعاية، (Kaufman 1990). من أشهر المحاولات (Wenger 1989, 1992, 1994) بالنسبة للكبار.

نتيجة النوعية، زادت أبحاث علم الأجناس للكبار، حيث كانت Wenger قادرة على التعرف على الأنواع المختلفة من الشبكات الاجتماعية بناء شبكات الدعم للنماذج الشخصية (Wenger and Shahtahmasebi 1991 ; Wenger 1989, 1994). ويعتمد علم النماذج الشخصية على نظرية الشبكة الاجتماعية على الاستجابة للتغير وطبيعة

نتائج التغير (Wenger and Shahtahmasebi 1991). شبكة الدعم عرفت بواسطة Wenger (1994) بأنها المتداخلون مع الشخص بطريقة دالة: مثل عضو المنزل، في تقديم أو استقبال: صداقة، دعم عاطفي، دعم، مساعدة جهازية، نصيحة أو رعاية شخصية.

تطورت شبكة علم النماذج الشخصية من البيانات المجمعة بالاستبيان جهاز تقييم الشبكة، الذي يحدد التواجد وأهمية الأسرة و "دعامات أخرى"، درجة الاشتراك المبينة من المستجيبين مع العائلة، الأصدقاء، الجيران والمجتمع، كثافة الشبكة (كم عدد من يعرف بعضه البعض من أعضاء الشبكة)، وحجم ومكون شبكة المجتمع الأوسع. العوامل المميزة المختلفة من الشبكات هي: أقارب مقربين محليًا، مدى تدخل الأسرة، الأصدقاء والجيران ومستوى التفاعل مع المجتمع. والمجموعات التطوعية. تجميع هذه البيانات يساعد الباحثين للتعرف على 5 أنواع من الشبكات الاجتماعية بالنسبة لنوع الحياة وارتباط الكبار بالشبكة (Wenger 1994):

الأسرة المعتمدة محليًا بشبكة الدعم:

تركز هذه الشبكة على الرباط العائلي المحلي، مع بعض الأصدقاء والجيران، وعادة تعتمد على المشاركة المنزلية مع، أو القرب من، طفل بالغ، عادة من الإناث. يحتاج معظم الدعم للعائلة، اشتراك المجتمع ضعيف. الشبكة صغيرة، والشخص من الأرجح أن يكون أرملا، كبيراً وبصحة ضعيفة عن غيره ممن هم من الأنواع المختلفة من الشبكات.

معظم أعضاء الشبكة أقارب يعيشون في حدود ميل واحد، يأتي بعد ذلك أعضاء المنزل والجيران.

شبكة الدعم المتكاملة محليًا:

تشمل العلاقات الحميمة مع الأسرة، الأصدقاء، الجيران محليًا (الأصدقاء والجيران

يتطابقان). وتعتمد على الإقامة الطويلة، تداخل المجتمع النشط في تنظيمات دينية/تطوعية حاليًا أو في الماضي. وهذه الشبكات أوسع من الأخرى.

هذه الشبكات بها أكبر عدد من الجيران، وغالبًا أصدقاء أيضًا. شبكة دعم المحتوى الذاتي المحلي: تتميز بعلاقات "بطول الذراع" أو اتصال غير معتاد مع قريب على الأقل في نفس المجتمع أو القريب (إعادة أخ أو أخت أو ابن وابنة عم/عمه خال/خالة). في الأغلب الحالات بلا أبناء - الاعتماد الكلي على الجيران ونوع الحياة معتمد على المنزل. الشبكة أصغر من المتوسط تحوي جيرانًا أكثر من غيرها من الشبكات وغالبية الشبكة محلية.

شبكة دعم تركيز المجتمع الأوسع: تتميز بالعلاقات النشطة مع الأقارب البعاد، خاصة الأطفال، وأعداد الأصدقاء والجيران. المسافة بين الأصدقاء والجيران محافظ عليها وهناك اشتراك المجتمع والمنظمات التطوعية. الشبكة بها هجرة ما بعد التقاعد أو غياب المقربين وهي أكبر من المتوسط وهي متوسطة المستوى الاجتماعي أو من العمال المهرة.

غالبية الأعضاء لهذه الشبكة من الأصدقاء الذين يحيون على مسافة ميل متبوعًا بالأقارب على بعد أكثر من 50 ميلا وأصدقاء على بُعد ما بين 1 - 5 أميال وكذلك الجيران. وتعكس هذه العضوية اختفاء الأنسباء المحليين.

الشبكة محدودة الأنسباء المحليين: على الرغم أن الغالبية متزوجون. الاتصال بالجيران منخفض، الأصدقاء قليلون في الجيرة؛ والاتصال أو التداخل بين الناس ضعيف. هناك نوعان فرعيان: ثنائي متزوج مستقل وكبار السن المعتمدون، الذين انسحبوا من المجتمع أو أصبحوا منعزلين عن التداخل المحلي. هناك مستوى منخفض من الاتصال الاجتماعي تمثل تكيف طويل العمر معظم أعضاء الشبكة من الأقرباء الذين

يعيشون على بعد 50 ميلا يليهم أعضاء من المنزل أو الأقارب حيث يقطن على بعد 50 15 ميلا، عاكس فقد الأنسباء المحليين.

تحققت (Wenger (1980) من أن معظم الشبكات يمكن تقسيمها إلى أحد هذه الأنواع وأن شبكة دعم المحتوى الذاتي المحلي والشبكة محدودة الدعم الخاصة كانتا أقل قوة من غيرهما من الشبكات. وأقل قوة في مواجهة المرض والأزمات. كما يتم وصف أنواع الحياة المختلفة والخصائص الاجتماعية للناس الممثلة في أنواع الشبكات المختلفة.

المحتوى

قامت Wenger (1994) بنشر جهاز تقييم الشبكة وتستخدم فقط مع تدريب مناسب طورته Wenger. هذا لأن تحديد الشبكة هو التخطيط المساعد ولا يوجد بديل غير التدريب المهني على تداخلات مناسبة. هناك تدريب قام على الفيديو ومصدر تعبئة للممارسين ومقدمي الخدمة تحت التصرف (Wenger 1995) وللمؤلفة تفاصيل عن دورات التدريب. كما أن استخدام علم النماذج الشخصية مقدم مع فريق خدمة اجتماعي بالإضافة إلى نشر كتيب إرشادي (Wenger 1994).

الجهاز يحوي 8 أسئلة كل مع الأنواع الثلاثة من 1 - 3 بشفرة (A,B,C) أو 1 - 6 (شفرة من A - F) مستوى للنقاط اعتماداً على مسافة إقامة أعضاء الشبكة أو تكرار التفاعل / النشاط (مثال، لا أقارب (A) إلى (يعيش) 50 ميلا أو أكثر (F)؛ أبداً / لا أصدقاء (A) إلى (ثرثرة / فعل شيء) أقل توافراً (F)؛ نعم، بانتظام (A) إلى لا (C)).

كما أن الاستبيان يحوي معلومات للقائمين على المقابلات لكي يقوموا بعمل الشفرة (A - F) مباشرة لنوع الشبكة لكل شفرة إجابة والأمثلة للأسئلة هي:

ما بعد المسافة، التي بينك وبين مكان معيشة أقرب أبنائك أو أقاربك؟ (دون إدراج الزوج أو الزوجة)

إذا كان لديك صديق في المجتمع هذا / الجيرة، ما هي مرات الدردشة التي تمارسها معه أو عدد مرات القيام بعمل شيء مع أحد لأصدقائك؟

هل تحضر مقابلات المجتمع، الجيران أو المجموعات الاجتماعية، مثل النوادي للكبار، محاضرات وخلافه؟

التسجيل

تحلل كل فقرة مستقلة وشبكة علم النماذج الشخصية تبنى على الحاسب الآلي مستخدمة شفرة الإجابة ونوع الشبكة المشفرة من خلال القائمين على المقابلات على الاستبيانات.

الصدق والثبات

بينما نشرت البيانات المؤسسة على شبكة علم نماذج الشخصية وجهاز تقييم الشبكة، هناك القليل من المعلومات على صدقها وثباتها نشرت للآن. كما أن هذه الشبكة استطلعت بممارسين للخدمات الاجتماعية تحققت Wenger (1994) من أن معظم أعضاء العينات قد قسموا بواسطة علم نماذج الشخصيات. نوع الشبكة كان مصحوباً مع مستوى من الاعتمادية، كما كان متوقعاً، اعتماداً على الخدمات، المساعدات غير الرسمية، الدعم العاطفي والتفاعل الاجتماعي وبقاء المستجيبين أحياء خلال 8 سنوات تتبع (Wenger and Shahtahmasebi 1991). تقترح هذه المصاحبة أن الجهاز لديه صدق بناء وتنبؤ. على الرغم من التغير الزمني لحجم الشبكات للمستجيبين، فإن توزيع التكرارات الكلي لنوع شبكة العينة بقي ثابتاً Wenger and Shahtahmasebi (1991)، مؤكداً قوة الجهاز.

استخدم Kirby et al. (2000) الجهاز على كبار السن المقيمين في المنازل أكثر من 1000 شخص ارتباطات بين تلف المعرفة ونوع الشبكة في الاتجاه المتوقع: من لديه تلف المعرفة لديه نسبة منخفضة من التكامل المحلي ونسبة عالية من الشبكة المحدودة الخاصة. اكتئاب الكبار كان مصحوباً بتكامل مجتمعي منخفض المستوى. البيانات عن

الخصائص السيكومترية (ارتباطات الصدق والثبات، التحاليل العاملية) للجهاز لم تنشر. تم تقديمها هنا من خلال قوتها وشعبيتها بين مقدمي الخدمة.

الوحدة

مفهوم آخر يحتاج تقديم تحت عنوان الشبكات الاجتماعية والدعم: هو الوحدة. وهي مختلفة عن العزل الاجتماعي وتعرف على أنها شعور غير مرحب به لنقص أو فقد الرفيق. ميز (1973) Weiss بين النظريات الشخصية والموقفية للوحدة، الموقفية تحدد العوامل المحيطة كسبب للوحدة (موت الزوج أو الزوجة، نقل لمدينة أخرى). والشواهد المقترنة بحجم ونوعية الشبكات الاجتماعية وعلاقاتها بالوحدة غير واضحة. بعيداً عن عدد من الدراسات النفسية وهي تحت السؤال لأنها تستخدم الطلبة المتطوعين كعينة، ونوعية البيان عن الوحدة وعلاقتها بنوعية ضعيفة. معظم المسوح بنيت على حجم عينة صغيرة أو استخدام قياس خام للشبكة الاجتماعية أو للوحدة (.Jones et al 1985 ; Bowling et al 1989).

على الرغم أن عددا كبيرا من المقاييس لتقييم الوحدة تم عملها، القليل منها نشر. والموجود منها تمت مراجعته بواسطة (1982) Russell والمستخدم بكثرة هو مقياس للوحدة ULLA وهو مذكور أدناه.

مقياس الوحدة لجامعة كاليفورنيا بلوس أنجلوس المراجع (UCLA)

وهو الأكثر انتشاراً، طوره وراجعه (1978, 80a,80b) .Russell et al وهدف المؤلفين تحديد المواضيع الأساسية التي تميز خبرة الوحدة لعدد واسع من الأشخاص. مقياس UCLA موضوع لكي يصبح شاملا.

أسس المقياس على البيانات المستخدمة من الناس لوصف الوحدة، بدأ بعدد 25 فقرة وسؤال الناس عن تكرار الإحساس في وصف من أبداً إلى عادةً على مقياس 4

نقاط. اختبر المقياس على المتطوعين والطلبة. والمقياس النهائي احتوى على 35 فقرة، الفقرات المختارة ارتباطها الكلي 0.25.

مشكلة واحدة للنسخة الأصلية في أن كل الفقرات على المقياس كتبت في نفس الاتجاه (الوحدة) والوصف هو أن اتجاه الإجابة بطريقة معينة قد يؤثر على تسجيل الوحدة. والمشكلة الأخرى هو انحراف الرغبة الاجتماعية، مع الأخذ في الاعتبار السمة المميزة الممكنة التي ترتبط مع الدخول بالوحدة. لذا فإن Russell et al. (1980a, 1980b) راجع الميزان لأخذ هذه المشاكل في الاعتبار؛ 10 فقرات كلامية سلبية (للوحدة) و 10 فقرات كلامية إيجابية (بلا وحدة) من الفقرات تمت إضافتها. والاختبار كان على 162 طالبا. شاملا المقياس الأصلي و 19 فقرة جديدة، كتبها المؤلفون، وقياسات القلق والاكتئاب. الفقرات 10 الإيجابية والسلبية بأعلى ارتباط مع مجموعة من الفقرات عن كونها في حالة وحدة أضيفت إلى المقياس. كل ارتباطات الفقرات كانت أعلى من 0.40. هناك نسخ إضافية أدت إلى النسخة الحالية 3 (Russell et al. 1980a, 1980b؛ Russel and Cutrona 1991؛ Russell 1996). في النسخة الأخيرة كلمات الفقرات وشكل الإجابات كانت مبسطة لتسهيل استخدام القياس للناس الأقل تعليماً.

المحتوى

يتكون المقياس من 20 عبارة مع مقياس Likert للإجابة متصل بكل واحدة؛ نصفها وصف شعور الوحدة والنصف الآخر وصف لغير الوحدة أو رضا مع العلاقات. نسخة من النسخة الحديثة موجودة في Russell (1996) أمثلة عن الفقرات :

ينقصني الرفقة

صعب علي العمل بأصدقاء

لا يوجد أحد ألجأ إليه

أحس أنني جزء من الأصدقاء كمجموعة

هناك ناس أحس بالقرب منهم

أربع اختيارات للإجابات : (1) أبداً (2) نادراً (3) بعض الوقت (4) وعادة .

التسجيل

مجموع النقاط للمقياس – مجموع كل 20 فقرة . بعضها يحتاج إلى القلب قبل التسجيل (أي 1 = 4، 2 = 3، 3 = 2، 4 = 1) . ووضعت عليها علامة نجمة (★) في المقياس .

الصدق

الصدق تم تقييمه مبدئيًا بالارتباط بالمقياس مع فقرة واحدة للتقييم الذاتي للوحدة (0.79) قياسها . مقارنة النقاط لعينتين من المشاركين، ونقاط الوحدة كانت مرتبطة أيضاً بشدة مع الاكتئاب (كان متوسط العينة الإكلينيكية 60.1، وهو مختلف بوضوح عن متوسط مجموعة الطلبة الذي كان 39.1) القلق، عدم الرضا، عدم السعادة والخجل . كان هناك ارتباط مع قياسات أخرى للوحدة قدرت (0.72 - 0.74) . راجعها Russell (1982) . ما يحدها أنها محددة بعينات الطلبة، مع طرح الأسئلة عن صدق الميزان في تقييم الوحدة للسكان الآخرين . على الرغم من الحاجة إلى اختبارات أخرى للميزان على مجموعات سكان أخرى، النتائج الأولية تبدو مشجعة .

الشواهد الأولى للتمييز وصدق التنبؤ للمقياس المراجع قد قدمتها الدراسات مؤيدة علاقة قوية بين المقياس وقياسات الاكتئاب، وقد أظهر بحث سابق علاقة قوية بين فقرات الوحدة والقلق واحترام الذات (Russell 1982). اختبر المقياس للصدق على 162 طالباً مع اختبار Beck للاكتئاب كان الارتباط (0.32) مع مؤشر القلق، 0.62 مع Beck للاكتئاب . كما تقيم صدق التمييز بدراسة على 237 طالباً، مع أبعاد مختلفة من

الرفاهة إلى مقاييس الاكتئاب. تحاليل متعددة استخدمت لهذا الغرض وحققت أن مؤشر الوحدة يشير إلى 18٪ إضافية من التنوع في تسجيل الوحدة فوق ما يحدث مع الناحية المزاجية وقياسات الشخصية. تم تقييم الصدق المتزامن أيضًا Russell (1982) ببحث عن النشاط الوحدوي عندما يكون الأصدقاء قليلين وتسجيل الوحدة قليل.

مقياس صدق الوحدة صعب للتقييم. من ناحية شكل الصدق ومحتواه، أكثر الأسئلة هي ببساطة "هل أنت وحيد"؟ وهي تواجه مشكلة الرغبة الاجتماعية وانحرافها والتي قد تحد الصدق. وجدت مشاكل مع تقييم صدق المعيار أيضًا. ليست الوحدة مرادفة للعزلة. هناك فقد لفقرات معايير الصدق الخارجي للوحدة. حتى التقييم بواسطة الآخرين المعروفين للشخص ليست عالية الثبات.

استخدم المقياس لدراسات عن الرفاهة العاطفية واعتمد صدقه. حلل Stokes (1985) التركيب الاجتماعي للشبكة وعوامل الشخصية وارتباطها بالوحدة باستخدام UCLA، على عينة من 97 ذكرًا و 82 من الإناث من الطلبة. قرر أن كثافة الشبكة قوية مع الوحدة: والناس ذوو العلاقات المترابطة تقل لديهم الوحدة. لأن لديهم حس المجتمع وانتماءهم إلى مجموعة. كما أن الاهتمام بكل ما هو خارج الذات أو داخل الذات دون خارجها ارتبط بالوحدة.

استخدم Mellor and Edelmann (1988) مقياس UCLA للوحدة (نسخة 3) في دراسة عن الوحدة في 36 من الكبار أكثر من 65 عامًا. وجدا أن الوحدة مرتبطة بقلة الثقة وقلة الحركة. كما استخدم Riggio et al. (1993) المقياس وقرر أن مستوى المهارة الاجتماعية يمكنها التنبؤ بالإدراك للوحدة. كما قرر Mahon et al. (1995) في دراسة عن المراهقين، أن صدق بناء المقياس صلاحية الميزان مدعم بالارتباطات مع المتغيرات النظرية شاملة تماسك الأصدقاء والاعتمادية، كما قرر Russell (1996) وجود ارتباط واضح مع قياسات للوحدة وقياسات الصحة والرفاهة.

التحليل العاملي للمقياس لم يؤد إلى نتائج محددة، مع اقتراح تركيب العوامل سواء وحيدة الأبعاد أو ثنائية إلى ثلاثية (Cuffel and Akamatsu 1989؛ Mahon and Yarcheski 1990؛ McWhirter 1990؛ Mahon et al. 1995). قرر Russell (1996) تحليلا عامليًا تأكيديا يشير إلى نموذج لعامل وحدة ثنائي الأقطاب شامل، مع طريقتين للعوامل عاكسة الاتجاه لكلمات الفقرة.

الثبات

دراسة النسخة الأصلية (التي كان بها طريقة تسجيل مختلفة من صفر إلى 3) بواسطة (Russell et al. 1978؛ و Perlman and Peplau 1981) والنسخة المراجعة، تؤكدان نتائج جيدة للصدق والثبات للمقياس (Russell et al. 1980a, 1980b؛ Russell 1982). كما أن Russell (1996) أقر أن معامل ألفا تراوح من (0.89 - 0.94) للنسخة المراجعة 3، مؤكداً الاتساق الداخلي.

بالنسبة للاختبار وإعادته للاتساق، وجد Jones (مستشهداً بـ Russell 1978) ارتباطاً (0.73) خلال شهرين لعينة من الطلبة، كما أقر Russell (1996) اختباراً وإعادته للثبات (r = 0.73). في المجمل، أن المقياس أكثرها اختباراً من كل المقاييس المتوافرة عن الوحدة، ونتائجه مشجعة. الحد الأساسي للاختبار هو اعتماده على الطلبة وهم لا يمثلون كل السكان.

في المجمل، هذا هو أكثر المقاييس شيوعًا عن الوحدة، ويمكنه التنبؤ بعدد من نواتج الصحة العقلية والبدنية. وهو متوفر في Russell (1996) وبدون نفقات وحقوق الطبع محفوظة Russell، ويطلب المطورون من المستخدمين صورة من النتائج مع نهاية العمل.

7

قياس أبعاد الرفاهة الشخصية

لا يمكن لنوعية الحياة التساوي مع بُعد واحد للرفاهة، إنه المجموع الشخصي للأبعاد المتعددة البدنية، العاطفية، الاجتماعية والموضوعية لحياة الشخص. لكن، تم الجدال، في العالم المتقدم حيث الاحتياج الإنساني الأساسي لابد من استيفائه: تتساوى نوعية الحياة مع الإدراك الشخصي للرفاهة، وهي الحدود للسعادة والسرور، وبالتالي قمة القناعة بالحياة (Andrews 1974). يعكس ذلك تأثير الإغريق القدماء وفلسفة المنفعة في القرن التاسع عشر التي تركز على مظاهر اللذة للحياة – وزيادة الرفاهة السعادة، السرور والرضا. وهذه هي ذكرى (Bentham ({1834}1983، الفيلسوف الذي نظر إلى الرفاهة على أنها "الفرق في القيم بين مجموع المتعة من كل نوع ومجموع الألم من كل نوع الذي يعيشه الشخص في فترة زمنية معطاه"، وأن على المجتمع أن يأمل أعلى المنافع لأكبر قدر من البشر فيه. والبعض يجادل أن السرور والرضا غير كافيين لنوعية حياة جيدة والحس الاستهدافي والمعنى، احترام الذات والقيمة الذاتية أساسية QOL جيدة، بما في ذلك نوعية الحياة في الأشخاص مختلي العقل (Sarvimäki 1999).

ظهر مفهوم الرفاهة الشخصية في 1950 (الخمسينيات) محاولة التحريك خلف المؤشرات الموضوعية لنوعية الحياة في التحكم في التغيير الاجتماعي، (مثال مستويات الدخول المجتمعية. الجريمة، نوعية الإسكان)، وناحية قياسات شخصية أكثر، التي تعكس حياة الناس وخبراتهم (Land 1975 ؛ Keyes et al. 2002).

تأثير نماذج العلوم الاجتماعية لنوعية الحياة في أمريكا الشمالية تعتمد أساسًا على المفاهيم المرتبطة ولكنها متميزة "بالحياة" الجيدة. "رضا الحياة"، "الرفاهة الشخصية"، "الرفاهة الاجتماعية"، "المعنويات"، الوازن بين الإيجاب والسلب للتأثيرات، "الحرارة الاجتماعية"، أو "السعادة" (Gurin et al. 1960 ؛ Cantril 1965 ؛ Bradburn 1969 ؛ Andrews and Withey 1976 ؛ Campbell et al. 1976 ؛ Andrews 1986). من الأهمية النظرية والأسلوبية معًا، الاستخدام التبادلي لتلك المفاهيم المتميزة، بدون تبرير. مثال: الناحية المعنوية والرفاهة يقسمان على أنهما مكونات الرفاهة النفسية ويكون القياس باستخدام مقاييس لرضا الحياة، الرفاهة، والروح المعنوية والتأثير (مثال Kutner et al. 1956 ؛ neugarten et al. 1961 ؛ Cantril 1965 ؛ Bradburn 1969 ؛ Wood et al. 1969 ؛ Lawton 1972, 1975 ؛ Andrews and Withey 1976 ؛ Campbell et al. 1976 ؛ Coleman 1984 ؛ Dupuy 1984 ؛ Antonovsky 1993).

المصطلح الرفاهة الشخصية والرفاهة السيكولوجية يستخدمان بالتبادل، على الرغم أن هذه المفاهيم قد ميزها (Keyes et al. 2002) الذي عرف الرفاهة الشخصية بأنها تقيم الحياة من ناحية الرضا وتوازن بين التأثير الإيجابي والسلبي، والرفاهة النفسية، معتمدًا على النظريات لتطور الإنسان، والإدراك الارتباطي مع مخاطر الحياة المتواجدة. وقد جادلوا بأنه في أثناء تقييم الطريقتين للرفاهة، فإنهم واجهوا اتجاهات مختلفة لهذا المفهوم: الرفاهة الشخصية وتشمل تقييمات أكثر شمولا للتأثير ونوعية

الحياة ، بينما الرفاهة النفسية توجه إدراكا ازدهاريًا بالنسبة للمخاطر المتواجدة في الحياة (الأمثلة تشمل مواصلة الأهداف ذات المعنى ، التطور الشخصي ، تحقيق الذات ، استراتيجيات التكيف ، النمو والسيطرة (خاصة في وجه المحن التراكمية) ، وتطور نوعية العلاقات الاجتماعية) . وتوفر دراستهم على أكثر من 3000 بالغ أمريكي . شواهد قوية لدعم النظرية بأنها ترتبط ولكن في أماكن متميزة . التحليل العاملي أكد أن المفهومين مرتبطان ولكن متميزان ؛ والتحليل أظهر أن الناس الصغار والمتعلمين أكثر لديهم تركيبة مختلفة منهم (رفاهة نفسية أعلى من الشخصية) ، في مقارنة مع المستجيبين الكبار وأقل تعليمًا .

لكن ، انتقاء القياسات يتم بواسطة الباحثين بدون تبرير نظري أو أية محاولة لتحديد تعريف "للرفاهة" على الرغم من واقع ، في أثناء التراكب ، إن قياس المقياس لرضا الحياة لا يمكنه قياس المفاهيم الأخرى المرتبطة ولكنها متميزة .

الأبعاد المختلفة للرفاهة شخصية ؛ وبالتالي فإن قياسها مبني على التقييم الذاتي الشخصي (Campbell 1976). قياس الرفاهة يسرع بالتطور وباستخدام قياس المقياس الصحيح السيكومتري (Andreus and Crandall 1976) . لكن ؛ المشكلة الأسلوبية الرئيسية للقياس هي نقص الاتساق في استخدام مصطلح "السعادة" ؛ "رضا الحياة" و "الناحية المعنوية" والمفاهيم المماثلة (Stones and Kozma 1980 ؛ Stull 1987) . كما أشير سابقًا ، هذه المفاهيم غير متشابهة ، على الرغم من معاملتها بأن لا تبادلية (George and Bearom 1980) . مثال بينما تترابط المفاهيم و القياس لمختلف الأبعاد للرفاهة ارتباطًا عاليًا ، مقترحًا أنها تتبع تركيبًا واحدًا ، (Lohman 1977)، "القناعة في الحياة" ، "الناحية المعنوية" لهما مكونات معرفية أكثر ، بينما السعادة لديها مكون تأثيري عاطفي (Andrews and McKennel 1980) . المكون المعرفي يحتاج تقييمًا ، بينما التأثير يشير إلى الشعور الإيجابي / السلبي . التمييز بين المكونات المعرفية

والمؤثرة للرفاهة الشخصية ؛ مفيد خاصة عند تفسير البيانات . مثال) يذكر كبار السن وجود مستوى منخفض من السعادة ومستوى عالٍ من قناعة الحياة عند الأشخاص الأصغر (Campbell et al. 1976 ؛ Campbell 1981) . يقترح ذلك ، أن زيارة التقييم المعرفي للحياة بصفة عامة مع السن ، التأثير الإيجابي قد يقل . ربما يصبح الناس أكثر إنهاكًا في شعورهم مع العمر الأكبر وزيادة إدراكهم لمستوى إنجازهم أو تضبيط طموحاتهم أو رفع روحهم المعنوية (Andrews and Rolinson 1991) . بينما الفروق قد تكون بسبب تأثير ترابط الولادة (Campbell 1981 ؛ Inglehart and Rabier 1986) ، المثال لا يزال يوضح قيمة مختلف المفاهيم .

المراجع النظرية للرفاهة الشخصية تقسم أيضًا هذا المفهوم الشامل إلى حالة (الرفاهة الحالية) أو خصائص للرفاهة (كمظهر من مظاهر الشخصية) ، وتفترض قياسًا للرفاهة ذاتي التقييم الذي يعكس 4 عوامل على الأقل : ظروف ، طموحات المقارنة مع الآخرين وأساسيات السعادة أو المزاج للفرد (Warr 1999) . بعض القياسات للرفاهة تشمل أيضًا تقييمات الأفراد لماضيهم وحياتهم الحالية في المجمل . الأبعاد التالية معرفة اعتماداً على الوضوح المفهومي : السعادة ، قناعة الحياة ؛ الناحية المعنوية ، احترام الذات ، المفهوم الذاتي ؛ إحساس بالترابط . القياسات المراجعة ترتبط بهذه المفاهيم للرفاهة الشخصية ، على الرغم أن بعض هذه القياسات تشمل فقرات ترتبط بالرفاهة السيكولوجية كما عرفها (Keyes et al. 2002) ، ولم يقدم كل المؤلفين نظريتهم الأساسية (أي المفاهيم والتعريفات) بوضوح كامل .

السعادة

للسعادة مكون تأثيري أو عاطفي (Andrews and McKennel 1980) . وعلى عكس الناحية المعنوية وقناعة الحياة ، نجد أن السعادة لها تأثير قصير المدى ويمكن التمارج على الأساس اليومي ، وهي حالة مؤقتة من الناحية المزاجية "للابتهاج والمرح" تعكس حالة

الناس في مواجهة حالتهم الحالية للمواضيع (Campbell et al. 1976) . Veenhoven (1991, 1993) ؛ Blanchflower and Oswald (2001) عرّفوا السعادة أنها الدرجة التي يحكم بها الفرد على نوعية الحياة بأنها إيجابية أو غير إيجابية. البعض جادل أن الوصول إلى السعادة يعتمد على ماذا للشخص مقارنة لنموذج، على الرغم أن (1991) Veenhoven قد انتقد النظرية النسبية وأشار إلى البيانات التي توضح أن السعادة مرتبطة بالتحسن الموضوعي بدلا من النسبي، لظروف الإنسان. لكن (2000) Heylighe and Bernheim أدمجا الجدلين وعرّفا الأبعاد التي تكوّن الرفاهة ونوعية الحياة، شاملا السعادة، بأنها مجموع العوامل الشخصية النسبية لكن مع مساهمة صغيرة من العوامل الموضوعية. بعض الباحثين يُعرّف السعادة على أنها قناعة الحياة بالتالي خلط المفهومين. مثال (1989) Argyle et al. عرّفوا السعادة في دراستهم أنها تكرار الفرح، ومتوسط مستوى القناعة وغياب الأحاسيس السبية. هناك سعادة موثوقة ابتكرها (2002) Seligman، وقال إن السعادة يمكن حرثها من المعلومات الذاتية والبناء على الإمضاء الشخصي (إيجابي، تفاؤل) الخصائص بمعرفة نقاط القوة ومحاولة استخدامها في الحياة. كما أمد بمجموعة أسئلة لقياس الأبعاد المختلفة للسعادة شاملة السعادة الحالية، السعادة العامة، طرق إلى السعادة، السعادة الحساسة، التأثيرات الإيجابية والسلبية، التفاؤل، أهداف الحياة وكذلك (1985) Diener et al. وما جاء منهم في مقياس قناعة الحياة.

السعادة، مثل القياسات الشخصية الأخرى ليست بدون مشاكل قياس. ذكر (1979) Smitl أيضًا أن هناك تغيرات موسمية في القياس الشامل للسعادة، مع أنّ السعادة في الربيع، تقل في الصيف والخريف. وتسقط في الشتاء إلى أقل نقاطها. كما توجد إمكانية انحراف بين الإيجابيين بين أعضاء العينة: قد يكون البعض غير قادر على تقدير مدى سوء السعادة التي قد يشعرون بها على أساس أنه اجتماعيًا مفضل أن

تكون "سعيدًا". لكن معظم الباحثين، يختارون مقاييس بسيطة للسعادة. سؤال بسيط عن السعادة تم سؤاله في المسح الاجتماعي العام بالولايات المتحدة منذ 1946 : "ماذا تقول عن الأشياء هذه الأيام؟ أتقول إنك سعيد جدًا، سعيد فعلا، أم لست سعيدًا جدًا". (المسوح الاجتماعية العامة سؤال 157، أعاد نشره Blanch Flower and Oswald 2001 انظر التحليل الكلاسيكي الذي قام به Gurin et al. 1960 و Bradburn 1969). يظهر أن الثبات عبر الزمن، والرفاهة العامة، لم ترتفع نظاميًا عبر الزمن. وأظهر نفس النتائج مسوح الآراء الأوروبية (مسوح Eurobarometer) وبيانات British House hold Panel Survey (Blanchflower and Oswald 2001).

قناعة الحياة

ترجع قناعة الحياة إلى تقييم كامل لحياة الإنسان، أو مقارنة تعكس تناقضات إدراكية بين الآمال والإنجاز. بالإضافة إلى أحاسيس النجاح لإنجاز أهداف الحياة، تستخدم في قياس قناعة الحياة قياسات عادة ما تتضمن بعض العوامل من الحاضر تشمل السعادة من الأنشطة اليومية، إدراك الحياة كمعنى، الصورة الذاتية الإيجابية، التفاؤل، والقناعة بكل مجالات الحياة، مثل الصحة، العمل، العلاقات، الأنشطة ومستوى المعيشة (Neugarten et al. 1961). بعض مجموعات المقارنة الصريحة أو الضمنية عادة ما تتدخل ("مقارنة بالآخرين"). لذا، فهي عملية تقييمية طويلة المدى معرفية للماضي، الحاضر وللحياة الكاملة وثابتة نسبيًا في العمر المتوسط إلى الكبار. (Campbell et al. 1976; Campbell 1981; Bowling et al. 1996). هذا هو التفسير للنقص العام في التغييرات في قياسات قناعة الحياة عندما يستخدم في مسح طولي. بعض الدراسات تحقق زيادة في القناعة لمجموعة الكبار ولا يوجد أية ارتباطات ثابتة مع الجنس. إنه غير أكيد هل الباحثون فصلوا قناعة الحياة عن السعادة، واستُخدم كمؤشر اجتماعي لنوعية الحياة (Andrews and Withey; Campbell et al. 1976).

بالإضافة إلى تطور قياس قناعة الحياة، بعض الباحثين طوروا قياسات للقناعة مع المرضى (Hyland and Kenyon 1992) وتطويع قياس قناعة الحياة كمكمل لقياس الأعراض (Frisch et al. 1992). هذه المؤشرات غير منصوصة هنا ولكنها تطور مُرَحَّب به في مجال تسوده قياسات سلبية عن الصحة الأشمل والصحة المرتبطة بنوعية الحياة.

الروح المعنوية

الروح المعنوية هي أفقر المفاهيم تعريفاً، على الرغم من أهميتها في العمر الأكبر (Wenger 1992). وعلى عكس السعادة، الروح المعنوية (مثل قناعة الحياة) لها مكون مصرفي يرجع إلى الشعور الإيجابي / السلبي (Andrews and McKennel 1980). وقد اقترح أنه يمكن قياسها بطرق متعددة الأبعاد بالنسبة لشعور الشخص عن حياته، وعلاقته بالعالم (Nydeger 1986). وهي مصطلح معرف على أساس جانب الإحساس بالقناعة مع النفس، شعور بوجود في المحيط للنفس، قبول الحياة وإحساس عام بالرفاهة (Lawton 1972. 1975)، أو بالمعنى الأدق، بالثقة والحماسة (George 1979؛ Stones and Kozma 1980). وقد عرف (Kutner et al. 1956) الروح المعنوية على أنها حالة عقلية، أو مجموعة من المواقف، التي تحدد استجابة الإنسان لمشاكل الحياة اليومية.

احترام الذات ومفهوم الذات

ينظر إلى احترام الذات كمكوّن للصحة العقلية، ومكون لتقييم الحياة العامة (Andrews and Withey 1967)، وبالتالي قناعة بالحياة. مرة أخرى، هذه المفاهيم متباعدة. ومترابطة في نفس الوقت. يعرف احترام الذات، كقيمة ذاتية – معتقد أو تقييم أن الشخص ذو قيمة، قابلا القوة الشخصية والضعف. وينظر علماء النفس إلى احترام الذات من زاوية قيمة ذاتية، قبول القوة الشخصية والضعف (Rosenberg 1965؛ Coopersmith 1967؛ Wells and Marwell 1976). احترام الذات هو تقييم ذاتي ويوجد مقاييس لكل الأعمار (Fitts 1965؛ Rosenberg 1965؛ Coopersmith

1967) . تشمل المفاهيم المرتبطة النظرة الذاتية ، قبول الذات ، مفهوم الذات أو صورة الذات . وكلها تقييم ذاتي (Crandall 1973 ؛ Wells and Marwell 1976) . مفهوم الذات هو المكون المعرفي للنفس ويتكون من الإدراك النفسي للشخص (أي كيف أكون فعلا؟) . احترام الذات تنعكس مع مفهوم الذات أو الصورة الذاتية (التي قد تنقسم إلى الذات النموذجية (الصورة التي آملها) والذات الحقيقية (Coopersmith 1967) مفهوم الذات متعدد الأبعاد للناس بحيث يرون أنهم متعددو الذوات - اعتقادات ذاتية مختلفة قد تنبثق في مجالات الحياة المختلفة (الأسرة ، الأصدقاء ، العلاقات العاطفية العمل ، مستوى المعيشة / المجالات المادية (Compbell et al. 1976) .

الشواهد تقترح أن احترام الذات الإيجابي مكون هام لتقييم الحياة العام (Andrews and Withey 1976) . قد يصبح احترام الذات متزايداً بارزاً مع التحول العمري من الوسط إلى الكبر . (Schwartz 1975) ، معظم نظريات احترام الذات تقترح مع الشواهد أنه يتطور ويحافظ عليه من خلال عملية ناجحة للتفاعل الإنساني والتفاوض مع البيئة المحيطة (Rosenberg 1965 ؛ Wells and Marwell 1976) . في علم الاجتماع الدور الهام للتفاعل الاجتماعي وأهمية الآخرين لتطوير احترام الذات وإصلاحه عادة ما يتم التركيز عليها . (Wylie 1974) . بالنسبة للصحة والمرض ، الصورة الذاتية السالبة حللت لعلاقتها بالاستشفاء من المرض وتأثيره (Wilson Barnett 1981) . والمفاوضات الناجحة أقل مع الكبر فاحترام الذات بين الكبار أقل إيجابية . إذا كانت تغييرات السن في احترام الذات متوقعة ، فقياس تغير التدخل المترابط يمكن مواجهته مع التغير التطوري عبر الزمن .

حس الترابط

وضع Antonovsky (1987) مفهوم "حس الترابط" المكون من 3 عناصر ، الشامل ، إدارة ، معنى ، إنها "الاتجاه الشامل للتعبير عن الشعور بالثقة الصبورة الحمولة الثابتة

ولكنها ديناميكية وأن (1) التأثيرات الداخلية والخارجية مركبة، تنبؤية ومفسرة، (2) المصادر متوفرة لملاقاة - مطالب هذه التأثيرات؛ و (3) هذه المتطلبات هي تحديات؛ تستحق الاستثمار والمحاولة'. هذه المفاهيم قليلة الاختبار، على الرغم من أن ضم حس الترابط لنموذج لنوعية الحياة أعطى دعمًا تجريبيا (Sarvimäki and Stonbock - Hult 2000).

القياسات الإجمالية

قناعة الحياة، الروح المعنوية والسعادة هي مفاهيم إجمالية ترجع إلى الحياة بصفة عامة بدلا من ناحية خاصة له. القياسات الإجمالية ذات علاقة بتقييم الرفاهة، على الرغم من محدودية الفائدة في الأبحاث التقييمية (George and Bearon 1980). حذر Carp (1977) من السياسة المرسومة المناسبة من المعلومات التي لا توضح لماذا ومع من امتنع ورضي. القياسات الخاصة بدائل (مثال القناعة بالسكن في تقدير تأثير التنقل) (Campbell et al. 1976 ؛ Andrews and Withey 1976). القياسات الإجمالية وذات الفقرات الخاصة مناسبة لمختلف أسئلة البحث.

من مميزات استخدام فقرات إجمالية قليلة عن مقاييس إجمالية أو محددة هو الاختصار: سؤال أو اثنان بدلا من بطارية كاملة. والانحراف الإيجابي، مثل المستجيبين الراغبين في أن يكونوا مرغوبين اجتماعيًا يمكن الحصول عليهم بأقصر الفقرات. وكذا الفقرات القصيرة ينقصها الحساسية ومحدودة التنبؤ والقيمة في الدراسات الطولية. تأثير ترتيب الأسئلة مع هذه الفقرات لم تكتشف نسبيًا، على الرغم أن مركز بحث الرأي القومي وجد أن وضع سؤال عن السعادة الزوجية قبل سؤال إجمالي عن السعادة مباشرة ينتج إجابة إيجابية عن السعادة الإجمالية (Smith 1979). قيست الرفاهة بثلاثة مقاييس رئيسية وفقرات إجمالية قصيرة: قناعة الحياة (أ) (Neugarten et al. 1961)؛ ومقاييس توازن التأثير لـ Bradburn (Bradburn and Caplovitz 1965؛

(Lawton 1975) ؛ ومقياس الروح المعنوية لمركز الكبار بفيلادلفيا (Bradburn 1969) ؛ والفقرات الإجمالية للسعادة وقناعة الحياة (Robinson and Shaver 1973 ؛ Campbell et al. 1976 ؛ Smith 1979) . توجد مقاييس مشهورة أخرى مثل مقياس الأوجه المبتهجة - الشنيعة (Ardrews and Withey 1978) وجدول الرفاهة النفسية (Depy 1978) . هذه المقاييس تقدم تسجيلات إجمالية عن الرفاهة (قناعة الحياة أو الروح المعنوية) ، ما عدا مقياس الأوجه المبتهجة - الشنيعة الذي يحوي فقرات خاصة للحياة الحالية التي يجب تحليلها منفصلة . من المقاييس والبطاريات المشهورة وحيدة الفقرات ، تسأل المستجبين لتقييم حياتهم بصفة عامة ، هي مقياس Ladder (السُلم) (Camtinl 1965) ومقياس الأوجه المبتهجة الشنيعة (Andrews and Withey 1976) وفيها يقيم المستجيب نفسه على مقياس Likert يضع علامة على درجة السلم أو يختار دائرة أو شكل وجه ليمثل إحساسهم على منطقة خاصة بالحياة . Robinson and Shaver (1973) (Sauera and Warland 1982) ؛ Andrews and Robinson (1991) قد راجعوا فقرات كثيرة ومقاييس قناعة الحياة : الرفاهة والسعادة .

مؤشر قناعة الحياة (أ) (LSIA) ؛ (LSIB)

طور مؤشر قناعة الحياة (أ) A ، (ب) Neugarten et al. (1961) B لكي يكوّن مقياساً ذاتي التقرير قصيراً نسبياً عن قناعة الحياة اعتماداً على شعور المستجيبين . الهدف هو قياس الشعور العام للرفاهة للتعرف على التقدم في السن "الناجح" . توجد نسخ عديدة من LSI (مؤشر قناعة الحياة) . تم استخراجها من 5 أبعاد من الحياة السابقة والحالية من تقييم قناعة الحياة المأخوذ من مقابلة إكلينيكية . اللذة وجمود الحس ، عزم وجلد وألفة بين الأهداف المطلوبة والمنجزة لمفهوم ذاتي إيجابي ونغمة الحالة النفسية .

LSIB و LSIA كانا قد طورا في عام 1956 على أساس تحليل فقرات 4 جولات من المناقشات عن قناعة الحياة للكبار مع أعمار 50 - 70 عاماً ثم عينة من 70 - 90 عاماً تم مناقشتهم بعد سنتين اعتماداً على عينة نسبية (إجمالي 177 فرداً كلياً) .

كل نسخ المؤشر سهلة الاستخدام وتعتمد على دعم تجريبي خاص. ومشكلة المقياس هي طبيعته الكلية التي تحوي عدم تأكد عما يقاس. تم نقد مقاس (أ) بواسطة Liang (1984) لفشله في قياس التأثيرات المؤقتة.

المحتوى

يختلف مقياسا (أ) و (ب) اختلافًا بسيطًا في المحتوى وكثيراً في الشكل مؤشر (أ) يحوي قائمة من 20 فقرة، عبارات حيث يوافق المستجيب عليها أو لا يوافق. أما المؤشر (ب) لديه 12 سؤالا مفتوح النهاية يعطي لهم تسجيلا معتمداً على محتوى الإجابات، يمكن استخدام الجهازين معًا أو منفصلين (Neugarten et al. 1961). مؤشر (أ) استخدم أكثر من مؤشر (ب) غالبًا لسهولته وكمية تركيب الفقرات.

LSIA الأصلي يتكون من 20 فقرة (12 إيجابية، 8 سلبية) نسخة ثانية 1 مطورة بواسطة Wood et al (1969) تتكون من 13 فقرة من أصل 20. وأخرى تستخدم 18 فقرة. وميزة مقياسي (أ) و (ب) والنسخة القصيرة (أ)، أن لديها فقرات إيجابية وسلبية.

مجموعة متنوعة من منطقة المحتوى تتصل بكل مقياس. مثال. المدى من السعادة إلى القناعة مع مستوى النشاط. تعكس بعض فقرات الحياة السابقة مقارنة الحاضر بالماضي، بالإضافة إلى تقييم الحاضر. أمثلة فقرات مقياس (أ) هي:

الفقرات الإيجابية

هذه أفضل أعوام حياتي

الأشياء التي أقوم بها اليوم هامة لي كما كانت في كل وقت.

أنا سعيد مثل ما كنت أصغر سنًا.

الفقرات السلبية

هذا أظلم وقت في حياتي .

معظم ما أفعل ممل ورتيب .

مقارنةً بالغير أكتئب كثيراً .

يوافق أو لا يوافق المستجيبون على هذه الفقرات على مقياس (أ) ويمكنهم تصنيف العبارات على أنها "غير محددة" .

أمثلة من فقرات (ب) مفتوحة النهايات :

إيجابي

ما هي أفضل الأشياء في سنك الآن ؟

1 = إيجابي ، صفر = ليس جيداً

ما هو أهم شيء في حياتك في الوقت الحالي ؟

2 = أي شيء خارج الذات ، أو السرور للمستقبل

1 = الاستمرار ، المحافظة على الصحة أو العمل

صفر = الخروج من الصعوبة الحالية ، أو لا شيء الآن ، أو الرجوع إلى الماضي .)

سلبي

هل ترغب في رؤية أصدقائك أكثر مما يحدث ، أم ترغب في وقت أطول لنفسك ؟

(2 = كما أنا الآن ، صفر = أتمنى رؤية أكثر ، صفر = أريد وقتاً أطول لنفسي)

كم من قلة السعادة تجدها في حياتك اليوم؟

(2 = لا يوجد ، 1 = بعض ، صفر = قدر كبير .)

التسجيل

تجمع النقاط لجميع الفقرات ، لذا تقدير كل بعد يجمع . انتقاد هذا هو أن الأبعاد المنفصلة قد تكون مربكة .

هناك نوعان من التسجيلات لـ LSI. في الأصل هناك نقطتان لاختيار موافق / لا أوافق من الإجابات بمعنى أن صفر = عدم الرضا، الرضا = 1. تحليل الإجابة عن الإجابات "غير محددة" يؤدي لاستخدام مقياس 3 نقاط، بقيم الرضا = 2، غير محدد = 1، غير راض = صفر (Wood et al. 1969).

مجموع السكان في شمال أمريكا، أعطوا النسخة 13 فقرة للمقياس، لكنها تختلف بين الدراسات، عاكسة المجموعات المختلفة وتستخدم بحذر (انظر Harris 1975؛ George and Beeron 1980؛ McDowell and Newell 1996). المقارنة بين الدراسات تحتاج حذراً أيضاً مع الأخذ في الاعتبار استخدام نظم التسجيل المختلفة.

في ملخص: بالنسبة لتعدد أبعاد المقياس، استخدام تسجيل واحد يلطخ العلاقة بين الفقرات ويجب استخدام مجموعة من المقاييس الفرعية للحساب بدلاً من ذلك.

الصدق

مع استخدام 177 شخصاً سن 50 أو أكثر (Neugarten et al. 1961) حقق ارتباطاً (0.55) بين LSIA وجهاز قياس قناعة الحياة الإكلينيكي الأصلي ارتباط التسجيل على LSIA كان (0.52) وارتباط LSIB قيم وصف هذه التفاصيل في (Neugarten et al. 1961).

أقيم صدق المعيار بالتقييمات بواسطة العلماء النفسيين: على الرغم أن ذلك تم في 18 - 22 شهراً بعد المقابلة الرابعة على عينة من 80 عضواً عينة متبقية، وكانت قيمتها محل تساؤل.

ارتباط LSIA ومقياس توازن التأثير ومقياس الروح المعنوية. لمركز فيلادلفيا للكبار كان (0.66 - 0.76) على التوالي (Bild and Havighurst 1976؛ Lohmann 1977؛ في دراسة Bowling and Browne 1991) على 662 شخصاً عمر 85 ويزيد يحيون بلندن، دعم الصدق المجمع للقياس. كما افترض: فإن الارتباط بين مقياس قناعة

الحياة (أ) لـ Neugarten ومقياس الأوجه المبتهجة - البشعة (قناعة الحياة - الظروف الحالية) كان r = 0.65 ومع استبيان الصحة العامة (الذي يقيم القلق والاكتئاب) والذي كان (0.47 -) (أي أن قناعة الحياة الأكثر كانت مرتبطة بانخفاض القلق والاكتئاب). وفي دراسة مماثلة على 300 شخص تقريباً من عمر 65 أو أكثر ممن يحيون في منازلهم في إسكس Essex وعلى 400 شخص تقريباً أعمار 65 - 85 ممن يحيون في منازلهم بلندن، قام بهذه الدراسة المؤلفون وارتباطات كانت بين مقياس Neugarten ومقياس الأوجه المبتهجة - البشعة واستبيان الصحة العامة فقد كانت 0.24 و 0.47 (إسكس) و 0.57- و 0.41 (لندن) على التوالي (بيانات لم تنشر). على الرغم من أن الارتباطات مع استبيان الصحة العامة كانت متماثلة في الدراسات الثلاث 0.41 - إلى 0.47 -، كان من غير المؤكد لماذا الارتباط مع مقياس الأوجه اختلف 0.24 - إلى 0.65 -؛ قد يكون أضعف مع المجموعات الأصغر لكبار السن. لا يتوقع ارتباط عال بين هذه المقاييس حيث تضم أبعاداً مختلفة من الرفاهة. على الرغم من وجود تراكب. ميزان (أ) ذكر في دراسات المتابعة أنه مرتبط بوضوح الوظائف والصحة الضعيفة، داعماً قدرة المقياس التمييزية (Bowling et al. 1993).

كان المقياس قادراً على التنبؤ بنتائج علاج تذكيري مع الكبار في منازل المسنين (Cook 1998)، على الرغم أنه لم يكن ناجحاً في التمييز بين المرضى في أحوال مختلفة (Celiker and Borman 2001). هناك عدم استمرارية على استخدام المقياس تم تقريرها. مثال. على الرغم أن المؤلفين ذكروا أن LSIA لم يرتبط مع العوامل الديموغرافية، إلا أن دراسات أخرى أشارت بارتباطها. في ارتباط إيجابي مع الحالة الاجتماعية الاقتصادية ذكرها عدد من المؤلفين (انظر مرجع McDowell and Newell 1996).

مجموعة من الدراسات التي استخدمت التحليل العاملي ونموذج متعدد الانحدار

قد أكدوا الطبيعة متعددة الأبعاد للمقياس وتساءلوا عن المفهوم الأصلي لتركيبته (Hoyt and Creech 1983).

الثبات

معامل الاتساق الداخلي للدراسات العديدة تراوح بين (0.70 - 0.76) (Dobson et al. 1979) إلى ما يقرب من (0.79) (Wood et al. 1969 ؛ Stock and Okun 1982) ؛ اعتمادا على النسخة المستخدمة. درجات الثبات صنعت بواسطة سبعة أزواج من الحكام الذين قيموا وصف 177 حالة. معامل الارتباط بين أزواج التقدير كان (0.79). وقناعة الحياة للـ177 حالة، تسجل لمقياس (أ) من (8 - 25)؛ متوسط 17.8 وانحراف معياري 4.6. لم يتواجد فروق دالة بين الاختلاف في الجنس (Neugarten et al. 1961). كان الارتباط بين تقدير المحكمين والتقدير الإكلينيكي (0.64) ونظر إليه بأنه مرض نظراً إلى مشاكل. معاملات ثبات الاختبارات - إعادته قد قررت بين (0.80 - 0.90) للمرضى بأمراض مزمنة (Burchhardt et al. 1989).

في دراسة (Bowling et al. 1996) الطولية لكبار السن 85 + بلندن، 65 + بلندن وأسكس وجد القياس ثابتا في سنتين ونصف، ولكن وجدوا مشاكل مع المقياس أثرت على الثبات (بيانات لم تنشر). الفقرة الأخيرة "على الرغم مما يقوله الناس، حياة الشخص المتوسط أسوأ وليست أفضل" استقبلت الغرابة عن "الشخص المتوسط". هذه الفقرة أكدت موافقة على "الشخص المتوسط". والمستجيبون الموافقون على الفقرة لا يعلمون هل تصبح حياتهم "أسوأ وليست أفضل". هذا يجعل المقياس مختلفا جداً في عدد الأبعاد المختلفة لقناعة الحياة من حيث التغطية. هناك فقرتان تحتاجان الضبط: "أحس بعمري ولكن ذلك لا يضايقني" كان صعبا على المستجيبين أن يردوا عليه في إحساسهم بعمرهم؛ ولكن ذلك يضايقهم؛ و "بالمقارنة مع الآخرين في سني، أحس بأنني وسيم عند الخروج". الإجابة صعبة على ذلك للمستجيب الموجود بالمنزل أو في

المؤسسات ولا يخرج. وجدت Bowling et al. (1993, 1996) أن معامل ثبات ألفا للمقياس تراوح من ألفا (0.73 إلى 0.80) ومعامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية تراوح بين (0.65 - 0.74) (بيانات لم تنشر).

نسخة مؤشر قناعة الحياة 13 فقرة Z 13 (LSIZ)

الصدق والثبات

قام باستخراج نسخة من 13 فقرة (Wood et al. 1969) وذلك من ميزان (أ) Neugarten et al. (1961) المعروف باسم (LSIZ)، وهو أشهرها غالبًا. التسجيل لهذه النسخة يتراوح من (صفر - 26). فقرات التسجيل: مرض = 2؛ غير مرض = 1؛ لا أعرف = 1. استخدام LSIZ ذي 13 فقرة في الولايات المتحدة الأمريكية بكثرة.

تم الحصول على نتائج متوسطة بين LSIZ والمقياس الاجتماعي (0.49) وبين LSIZ ومقياس أعراض القلق والاكتئاب (0.49)، مقترحًا أن المقياس قيم بعض الظواهر للرفاهة (Woods et al. 1969). واستخدم بواسطة Usui et al (1985) في مسح للكبار 60 + في بلدة جفرسون في كنتاكي. وكان مرتبطًا بوضوح مع غيره من المتغيرات في الاتجاه المتوقع؛ دعمًا لصدق البناء. وكتب المؤلفون عن ارتباط (0.27 -) بين عدد من المشاكل الصحة البدنية وقناعة الحياة، وارتباط آخر مع الأنشطة الاجتماعية المتعددة، مستوى الدخل وقناعة الحياة؛ وتأكدت هذه البيانات بواسطة التحليل المتعدد الانحدار. في المقابل لدراسة (Morgan et al. 1987) أكثر من 1500 شخص 65 + في نوتنجهامشاير بالمملكة المتحدة، قرروا أن كبار السن لديهم تسجيل لقناعة الحياة أعلى.

استخدمت LSIZ بواسطة Kozma and Stones (1987) مع قياسات أخرى للرفاهة، في دراسة على 150 شخصًا، بين 50 و 82 سنة أجنحة المستشفيات للمرض

النفسي الحاد أو مستشفيات المجتمع للأمراض النفسية في نيوفاوندلاند. الارتباطات بين LSIZ و PGCMS عالٍ (0.74). قرر المؤلفون أن LSIZ قادر على التعرف على 72% من المرضى في المستشفى و PGCMS تعرف على 74%. مقياس الرغبة الاجتماعية استخدم أيضًا، وكان تقرير المؤلفين أن التحكم في الرغبة الاجتماعية لا تسرع من صدق البناء لمقياس الرفاهة.

وجد حساسًا للتغير في دراسة Wylie (1970) عن برامج المجتمعات. تقرر بواسطة Kritz - Silverstein et al. (2002) قدرته في التمييز بين النساء بعد العملية الجراحية لاستئصال الرحم والنساء اللاتي لم تجر لهن العملية. المجموعة الأولى عبرت عن قناعة حياة عالية. وفي دراسة طولية عن تحولات سن اليأس قام بها Dennerstein et al. (2000) باستخدام LSIZ وقرروا أن: بعد القياس بست سنوات لم يكن هناك اختلاف في قناعة الحياة، على الرغم من ارتباط (بغض النظر عن حالة سن يأس أو علاج هرموني بديل) قناعة الحياة مع الناحية النفسية والمواقف تجاه اليأس والتقدم في السن والعلاقة الزوجية.

قرر Wood et al. (1969) أن نسخة 13 فقرة المنقحة في المؤشر أظهرت ثباتًا باستخدام التجزئة النصفية (0.79)، كما قرر كل من (Edwards and Klemmack 1973) اتساقًا داخليًا لمعامل الثبات (0.90).

على الرغم أن قياسات LSIZ مقنعة في الاختبار المعياري للثبات والصدق وطبيعتها الشاملة متعددة الأبعاد التي تحوي مشاكل. والسؤال هو: ما هو التنبؤ؟ وهذه المقاييس هي أكثرها استخدامًا لقياس الرفاهة في أبحاث علم الشيخوخة (Larson 1978؛ Stull 1987).

مقياس توازن التأثير (ABS)

وصف Bradburn (1969) هذا المقياس كمؤشر للسعادة أو رفاهة الحالة النفسية العامة.

افترض (1965) Bradburn and Caplovitz أن الرفاهة الشخصية يمكن وصفها بواسطة وضع الشخص على بُعدين مستقلين : تأثير إيجابي وسلبي . تعتبر الرفاهية كتوازن بين البُعدين . والبحث على تركيب للرفاهة السيكولوجية يدعم الافتراض بأن الرفاهة الإيجابية والسلبية مرتبطان ، على الرغم من أنهما لا يشكلان استمرارية ثنائية القطب (Bradburn 1969; Ryff 1989; Ryff and Keyes 1995) . لذا ، فإن الشخص يمكن أن يعايش بعض الظواهر للرفاهة السالبة وأخرى من الإيجابية للرفاهة (Marks and Lambert 1999) . يمكن للعوامل الإيجابية تعويض الشعور السلبي . تطور المقياس على أساس عينة 2006 بالغ من Illinois (Bradburn and Caplovitz 1965)؛ وروجع على أساس دراسة 2787 بالغ من مجموعات اقتصادية اجتماعية وعرقية مختلطة مؤسسة على خمسة احتمالات للعينات العشوائية في ديترويت ، شيكاغو ، واشنطن وعشر مدن أخرى بالولايات المتحدة (Bradburn 1969) . تم عمل مقابلات ثانية للمستجيبين بعد 12 أسبوعًا من الدراسة الأخيرة .

هذا المقياس قد خضع للتحليل الكثير (Knapp 1976) . أصلا 12 فقرة ؛ تحول إلى 10 فقرات ، 5 تشير إلى "تأثير إيجابي" وخمس إلى "تأثير سلبي" . والمقياسان الفرعيان مستقلان ، على الرغم أنهما يرتبطان بالسعادة (Bradburn 1969) . يشير التوازن إلى التوازن بين التأثير الإيجابي والسلبي عاكسًا التسجيل الفردي على المقاييس (التوازن نتيجة لعملية جمع) معقد بالفقرات التي تشير إلى التنشيط (مثال "اهتمام" ؛ "شغف" لشيء) . بالإضافة ، بعض الفقرات تظهر لقياس الإنجازات . المقياس ذاتي الاستخدام .

المحتوى

تبدو كلمات الأسئلة مختلفة بين الدراسات (Bradburn) . أكد أن الوقت يجب أن يكون "بعدة أسابيع ماضية" (أصلا الأسبوع الماضي") . الآخرون استخدموا "بعض شهور ماضية" أو بلا وقت مرجعي انظر مرجع (McDowell and Newell 1996) . ميزة

استخدام المقياس أن بعض الفقرات ترجع إلى الحالة النفسية الإيجابية، عاكساً الاهتمام الحديث للحالة الصحية الإيجابية أمثلة فقرات المقياس:

فقرات إيجابية تتضمن

أشياء تسير وفق مخططاتك.

تحمس، اهتمام بشيء.

مسرور لاستكمال شيء

الفقرات السالبة تتضمن

منزعج من انتقاد أحد إياك.

وحيد جداً، مبتعد من الناس.

زهقان.

التسجيل

الإجابة ثنائية (نعم/لا). الأوزان المختلفة قد اختبرت ولكن لا تغير بدلالة النتائج ولذا لا تستخدم. كل إجابة نعم للفقرات العشر في المقياس = 1. الفقرات الخمس التي تعكس تأثيراً إيجابياً تجمع للتي تعكس تأثيراً سلبياً. اختلاف التسجيل (- ؛ -) يجمع ويؤخذ كنتيجة نهائية، مبيناً مستوى الرفاهة النفسية. اقترح Bradburn (1969) إضافة ثابت (5 +) لحذف التسجيل السلبي المجمع للمقياس.

الصدق

الارتباط مع المقاييس الأخرى (للاختبار عن (الصدق) حول (0.66) تقريباً، تم ذلك بنسخة من 18 فقرة LSIA (Bild and Havinghurst 1976) في عرض للمقياس George and Bearon (1980) قررا ارتباطات بين المقاييس وبين مقاييس أخرى للروح المعنوية ونسخة من 18 فقرة LSIA بين (0.61 و 0.64).

استخدم المقياس Berkanovic et al. (1988) في مقابلة دراسية عن الغضب والباحثين عن المساعدة بين 950 مستجيبا في لوس أنجلوس. وجد المؤلفون أن لا علاقة بين الغضب واستخدام الرعاية الطبية، على الرغم من التقرير أن الأشخاص الغاضبين تظهر عليهم أمراض أكثر. اختلافات جوهرية على تسجيل المقاييس بواسطة نوع الجنس للمستجيبين تم تقريرها (Kushman and Lane 1980). أهم استخدام للمقياس كان بواسطة (Berkman (1971) في مسح بلدة Alameda، على الرغم من استخدام * من الفقرات فقط. والارتباط (0.48) بواسطة مؤشر 20 فقرة من خصائص المرض العصبي. كما قررت دراسات أخرى متتالية ارتباطًا في الاتجاه المطلوب مع ABS وللتأثير الخارجي والمرض العصبي (Cheng 2003 ; Charles et al. 2001) والتفاعل الاجتماعي (Balaswamy and Richardson 2001).

اختبر (Maitland et al. (2001) التركيب العاملي للمقياس باستخدام بيانات من مسوح طولية وعرضية على البالغين لعمر 54 + وأكثر، قد قرروا أن ثبات عوامل التأثير الإيجابي والسلبي كان متوسطًا فوق 3 سنوات تتبع. وسجلت اختلافًا عمريًا في التحميل (للفترة "منزعج" في الزمن 1) وكذلك اختلافًا جنسيًا في التحميل (للفقرات عن "أشعر وكأنني فوق العالم" وفقرة الأمور "تسير وفقًا لخططاتك").

انتقد (Cherlin and Reeder (1975) المقياس، مقترحين أن تركيبًا ثنائي الأبعاد غير صحيح. واقترحا أن المكون الثالث (مستوى التنشيط) (مثال "الاهتمام بشيء ما"). جادل (Borgatta and Montgomery (1987) أن بعض الفقرات تبدو أنها تقيس مظاهر جهازية (مثل الإنجازات). وقرروا أنه حساس للتغير (Bradburn 1969).

الثبات

مدى الارتباط للاتساق الداخلي (بين الفقرات) تراوح (0.43 - 0.73) للمقياس الإيجابي و 0.48 - 0.73) للمقياس السلبي (Warr 1978; Cherlin and Reeder

1975) . ارتباطات المقياس البينية كانت 0.24 - 0.26 (Warr 1978) . هذه الارتباطات عالية عن سابقتها التي أقرها Bradburn (1969) .

اختبر Bradburn (1969) المقياس للثبات وقرر ارتباط الاختبار – إعادته (0.76) على 3 أيام متفرقة ، وبالنسبة للفقرات التسع زاد الارتباط عن (0.90) ، وفي الفقرة "تهيج أو مهتم" كان ارتباط الاختبار – إعادته (0.86) .

نلخص ، لقد قبل المستوى للثبات والصدق ووجد أنه تطبيقي للاستخدام مع الكبار ، على الرغم من كونه غير مطور كمقياس لهم . وهو سهل الاستخدام . قدره George and Bearon (1980) على أنه أفضل قياس للتأثير (تكرار الشعور المتعايش وأنواع الشعور المنقولة) .

مقياس الروح المعنوية لمركز الكبار في فيلادلفيا (PGCMS)

هذا المقياس ونسخته المراجعة على أساس الافتراض أن الروح المعنوية هي شعور عام بالرفاهة ، وهو متعدد الأبعاد (Lawton 1972, 1975) . ورأى Lawton الروح المعنوية من منظور الرفاهة العامة . المقياس يأخذ في الاعتبار خاصيتين أخريين : الاستخدام للكبار ، سكان المؤسسات ، والمقياس الأمثل الطولي الذي يسمح بالثبات بدون تعب المستجيب (Knapp 1976) . النسخة التمهيدية للمقياس بواسطة 41 فقرة قد اختيرت على 300 شخص ، بمتوسط عمر 78 عاماً . خفض المقياس إلى 22 فقرة ، مع تحاليل لاحقة روجع واحتوى الآن على 17 فقرة (Lawton 1975 ؛ Morris and Sherwood 1975) . وأوصى Lawton أن هذه 17 فقرة يشار إليها على أنها "مقياس الروح المعنوية المراجع لمركز الكبار بفيلادلفيا" . طور لاستخدام كبار السن وهو مناسب للسكان . إنه سهل الاستخدام ويستخدم في المقابلات أو ذاتياً .

المحتوى

تكوّن الفقرات الـ 17 ثلاثة أبعاد رئيسية : التهيج (6 فقرات) موقف الفرد نحو التقدم

في السن (خمس فقرات)؛ عدم الرضا بالوحدة (6 فقرات). يتكون المقياس في الأغلب من عبارات عن التصرفات، ويطلب من المستجيبين تحديد هل ينطبق عليهم أم لا، مع أسئلة محددة. أمثلة لعبارات المقياس والأسئلة:

ما مدى إحساسك بالوحدة؟

الأشياء تسود مع كبر السن

أرى عدداً كافياً من الأصدقاء والأقارب.

مع تقدم السن، الأشياء (أحسن، أسوأ، ذاتها) أكثر مما كنت أظن أو كما كنت أظن.

أنا سعيد الآن كما كنت أصغر سناً.

الحياة صعبة على معظم الوقت.

ما مدى رضاك بحياتك اليوم؟

التسجيل

معظم الفقرات ثنائية الشفرة، تسجل نقطة لكل إجابة تشير إلى الحالة المعنوية العالية. مدى التسجيل من صفر (منخفض) إلى 17 (مرتفع) مع التسجيل العالي مشيراً إلى الحالة المعنوية الفضلى. يمكن للمقياس أن يعامل كثلاثة مقاييس فرعية أو كمقياس كلي. المقياس، الإحصاء الوصفي وتفاصيل التسجيل متوفرة من Lauton. راجع Liang and Bollen (1983) طرق التسجيل المختلفة، وأوصوا أن ثلاثة مقاييس فرعية تحتية يجب حسابها، التهيج: عدم الرضا وموقف الفرد نحو التقدم في السن.

الصدق

اختبار ارتباطات PGCMS للصدق مع مقياس Nengarten (أقر سابقاً) بتغير مع مؤشراته المختلفة من (0.57 إلى 0.79) (Lawton 1972؛ Lohmann 1977). لقد

سجل أن المقياس قادر على التميز بين المجموعات الاجتماعية. PGCMS ذو تطبيقات مختلفة. استخدم Ward et al. (1984) النسخة ذات 17 فقرة واستُبعدت فقرتان سبق قياسهما في مجموعة أسئلة عن التكامل الاجتماعي. "ما مدى إحساسك بالوحدة" و "أرى عدداً كافياً من الأصدقاء والأقارب". استخدموا المقياس مع عينة من الناس، تتراوح أعمارهم في سن 70.6 سنة من نيويورك وذكروا أن الروح المعنوية ارتبطت بالقناعة مع تكرار الاتصال مع الآخرين، وبالتالي دعموا قدرات الروح المعنوية التميزية. واستخدمها Noelker and Harel (1978) في مسحهما لعدد 14 منزلاً لرعاية المسنين في الولايات المتحدة الأمريكية. متوسط العمر للمستجيبين 81 سنة. ذكر المؤلفون أن ضعف عدد المقيمين ممن كانوا يرغبون في الحياة في هذه المنازل كانت روحهم المعنوية مرتفعة (متوسط: 12.98 وانحراف معياري 4.25) مقارنة مع من يريدون الحياة في مكان آخر. (متوسط: 10.33 وانحراف معياري 4.96). كانت الروح المعنوية أحسن وسيلة تنبؤ للحالة الوظيفية للصحة؛ 39% من التغير في تسجيل الروح المعنوية ترجمت مع الصحة ذاتية التقييم. هناك شواهد محدودة من الحساسية للتغير (بعض تقارير Kalson (1976) موجودة و Morris (1975).

صدق المحتوى للمقياس تم السؤال عنه Borgatta and Montgomery (1987) لأنه يشمل قياس السعادة وقناعة الحياة؛ ويحتجان أن تكون مجال سؤال في المقياس الذي يزعم أنه يقيس "الروح المعنوية". هذا الارتباك، كما جادلوه أصبح أكثر صعوبة مع الاستخدام للمواقيت المختلفة (مثال "أنا سعيد الآن كما كنت أصغر سناً" و "ما مدى رضاك عن حياتك اليوم"؟.

بينما تحليل عاملي سابق قد ذكر أن المقياس يكوّن 6 عوامل، منها 3 عوامل أكدت من ذلك الحين لعدد 17 فقرة لنسخة المقياس: التهيج (6 فقرات)، موقف الفرد نحو التقدم في السن (5 فقرات) وعدم الرضا بالوحدة (6 فقرات) (Lawton 1975؛

Morris and Sherwood 1975) . معظم دراسات التركيب العاملي أكدت التركيب ثلاثي العوامل . أكد Liang and Bollen (1985) العوامل الثلاثة صاحبة الترتيب الأول وكذلك تعرضت على عامل درجة ثانية : قناة الحياة الشاملة، متصلة بالعوامل الثلاثة صاحبة الترتيب الأول. كما أكد Ranzijn and Luszcz (2000) أن المقياس يحوي عوامل ذات تأثير إيجابي وسلبي.

الثبات

قرر Lawton (1972) معامل ثبات باستخدام التجزئة النصفية كان (0.74)، معامل الاتساق الداخلي (0.81)، معامل ثبات الاختبار - إعادته (بعد 3 شهور) 0.75 إلى 0.91 (بعد خمسة أسابيع) . أضاف Lawton (1975) معامل ألفا للاتساق الداخلي بين (0.85 - 0.81).

نلخص، للمقياس مستوى مقبول للثبات والصدق، ويعتقد أنه الأعلى في مقاييس قناعة الحياة والروح المعنوية. واستخدم بنجاح لثقافات أخرى (مثال: اليابانيون الذين يعيشون في الولايات المتحدة، Liang et al. (1992)) . هناك نقد واحد هو أن ضم فقرات تقيس السعادة والقناعة مرجع تساؤل؛ مع الأخذ في الاعتبار التعريفات السابقة للروح المعنوية (Stull 1987).

مقياس الأوجه المبتهجة - الشنيعة (D-T)

تطورت مقاييس D-T استجابةً للتعرف على انتقاصات في المقاييس الأخرى؛ وعلى أساس التعرف أن قناعة الحياة تعتمد على تقييمات شخصية لمكونات الحياة المختلفة (Andrews and Withey 1974, 1976). قرر المؤلفون أن المسح الخاص بالرفاهة بواسطة Campbell et al. (1976) . وجد أن من نصف إلى ثلثي المستجيبين اختاروا إحدى اثنتين من الدرجات المقنعة المقدمة لهم. وقد أحسوا أن تركيز الإجابات في المجال "الراضي"؛ للمقياس كان محددا مشاكل إحصائية ومفهومية. لذا فقد طوروا مقاييس D-T بمدى

واسع لمستوى الإجابات، مثال، إضافة 7 وجوه إلى مقياس D-T محاولة لخفض التواء التوزيع وتحسين التميز بين المستجيبين. في مقياس الأوجه، لقد قدموا أيضًا وجهًا متعادلا: حيث أحسوا أنه هام للمستجيبين للاختيار عند عدم تمثيل أي الوجوه لإحساسهم.

توضح الوجوه تعبيرات واضحة وكل وجه ممثل بحرف من A إلى G (مبتهج – فظيع)، اعتمادًا على تعبيراته. كان هذا كتحسين للمقياس المرني المماثل يحتوي بُعدًا واحدًا مع نهاية المستوى به علامة. تاركًا المستجيب يتفهم المعنى المناسب للمستويات المتوسطة.

في الوقت الذي يظهر فيه أن D-T للوجوه الأكثر شعبية والأكثر اختبارًا، تطورت غيره من المقاييس D-T واختبرت بواسطة المؤلفين وتشمل:

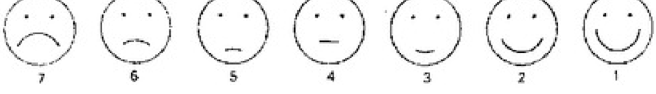
- مقياس D-T للسلم. طوره Cantril (1965). هناك تحويرات عديدة لهذا المقياس، مع خصائص سيكومترية جيدة (Andrews and Robinson 1991؛ Keyes et al. 2002). قدّر المستجيبون قناعة الحياة عن طريق أحد درجات السلم التسع (أول درجة من أعلى السلم تُسمى "أحسن ما كنت أتوقع أن يكون عندي" والقاع يُسمى "أسوأ ما كنت أتوقع أن يكون عندي". قيل لهم: هذه صورة لسلم. في قاعة أسوأ وضع يمكن أن يحدث لك. في أعلاه أفضل ما يمكن توقعه. والدرجات الأخرى بينها... أين يوجد في السلم...؟ على أية درجة يمكنك وضعه؟
- مقياس D-T متشابه الرؤية. مع سبع علب في توالٍ عبر خط يمثل عبارات عن قناعة الحياة (مبتهج مسرور تقريبًا قانع – خليط (بين السرور وعدمه) غالبًا غير قانع – غير سعيد – شنيع) (Andrews and Withey 1976). يقال للمستجيبين: "نريد الكشف عن شعورك عن أوجه أجزاء مختلفة في حياتك، والحياة في هذه الدولة كما تراها. رجاءً حدد شعورك الآن – آخذًا في الاعتبار ما حدث السنة الماضية وما تتوقعه في المستقبل القريب... ما شعورك عن...؟"

- مقياس D-T للدوائر يتكون من 9 دوائر مقسمة لثمان شرائح تحوي عدداً متقدماً من علامات + أو - بحيث تحوي الدائرة في أقصى اليد اليمنى 8 علامات + لكل واحدة من الشرائح الثمان وأقصى اليد اليسرى (صفر) تحوي 8 علامات (-) في كل شريحة. الدائرة الوسطى تحوي عدد 4 علامات + 4 علامات -. يقال للمستجيبين: "هنا بعض الدوائر التي نتخيل أنها تمثل حياة الناس المختلفة الدائرة (صفر) بها (-) سالب فقط؛ تمثل أن الشخص كل حياته سيئة، الدائرة (8) بداخلها (+)، تمثل أن الشخص لديه كل شيء جيد في حياته. الدوائر الأخرى بينية. ما الدائرة التي تمثل شعورك نحو . . .؟"

يعد المقياس D-T تقييماً تأثيرياً لنوع الحياة التي تشمل تقديراً معرفيًا وبعض الشعور (+ ، -) الموجب / السالب (التأثير).

المحتوى

يتم إظهار 7 وجوه للمستجيبين بدءاً من ابتسامة واسعة إلى وجه عابس. ويقال لهم: توجد تعبيرات عن الشعور المختلف (مبتهج: مسرور، قناعة متوسطة، عدم رضا، غير مسرور وشنيع). وتحتها رقم. أي وجه قريب من التعبير الذي تحسه به نحو 2000م (فقرة خاصة و / أو "الحياة بصفة عامة" ما يسأل عنه). والوجوه موضحة هنا:



أعيد نشره بعد موافقة Andrews and Withey (1976) في كتابهما Social indicators of Well-being "Americans" Perceptions of life Quality المؤشرات الاجتماعية للرفاهة: رؤى الأمريكان لنوعية الحياة.

نشر Andrews and Withey (1976) مختارات من الفقرات التي يمكن ضمها داخل مقياس في قياس قناعة الحياة. مثال الفقرات التي يقترحانها أن تضم وقررت لتوضيح 50 - 62% من التغيرات في تقييم الحياة، وتتمم ذاتيًا والتعامل مع المشاكل، حياة الأسرة، الدخل، البهجة والاستمتاع، الإقامة، تجمع الأسرة، الوقت لعمل شيء تريده، الأنشطة غير العمل، الأنشطة الحكومية، نوعية البضاعة المحلية والخدمات والحالة الصحية والعمل.

التسجيل

تعطي الوجوه السبعة درجات من 1 (مبتهج) إلى 7 (شنيع). بينما إجابة الفقرات يمكن جمعها؛ فإن كل فقرة يمكن تحليلها مستقلة.

دراسة 662 من الناس عمر 85 + في لندن بواسطة Bowling and Browne (1991) و Bowling et al. (1993) قرروا أن وجوه D-T ملتوية، مع ربع المستجيبين المختارين للوجوه الشنيعة؛ بينما أكثر من النصف اختاروا الوجه المبتهج. في دراسة مرضى السكتة الدماغية في المملكة المتحدة وجد Anderson (1988) أن القياس ملتو 19% من المستجيبين يختارون الوجه الشنيع ثلثا المستجيبين يختارون الوجه المبتهج. الدراستان كلتاهما أوضحتا قبولا جيداً للمقياس من المستجيبين. أدرك Andrews and Withey (1976) أن هذه المشكلة لها طبيعتها الملتوية إيجابيًا، مما أدى إلى زيادة مستويات الإجابة.

الصدق والثبات

المقارنة بين الدراسات صعبة وذلك لأن المستجيبين يختارون الفقرة التي يرغبون في ضمها للتقييم الذاتي باستخدام مقياس D-T. وقارن المؤلفون المقياس D-T بمقاييس أخرى مشابهة وقدموا شواهد أنها أكثر صدقًا للقياس عن معظم المقاييس التقييمية الأخرى. والاعتراض كان على المقياس ذي "الدوائر" المركبة المرئية. بناءً على التحليل

متعدد الطرق - المتعدد الخصائص، متوسط معاملات الثبات لكل من مقاييسهم لـD-T الأربع، في تقييم للمناطق الست لقناعة الحياة تراوح ما بين 0.70 إلى 0.82 وكانت ثابتة عندما تم تقييم المناطق المختلفة من الحياة باستخدام نفس المقياس (Andrews and Crandall 1976).

سبق التقرير بواسطة Bowling and Browne (1991) (انظر إلى القسم الخاص بمقاييس قناعة الحياة لـ Neugarten)، أنه على أساس العينات عن كبار السن المقيمين في المنازل بلندن وإسكس، كانت ارتباطات Spesrman بين مقاييس الوجوه D-T المستخدمة ومقياس (أ) لـ Neugarten لقناعة الحياة تتقلب على نطاق واسع ضعيف إلى متوسط : من r = 0.24 - إلى 0.65 - (كانت الارتباطات في الاتجاه المتوقع - علامة الناقص (-) تعكس اتجاه التسجيل). تحاليل إضافية (غير منشورة أوضحت أن معاملات الثبات لمقياس D-T كانت 0.80 تقريبًا لمعامل ألفا. الارتباطات بين فقرات مقياس الوجوه المبتهجة - الشنيعة ضعيفة إلى متوسطة مداها من 0.30 إلى 0.59 (لم يكن هذا غير متوقع حيث كان التقييم على مساحات مختلفة في الحياة. حقق Andrew and Withey (1976) متوسط ثبات الاختبار - إعادته لمقياس D-T من خلال دراسات، عند الاستخدام في نفس المقابلة (0.70).

إن مقياس الأوجه المبتهجة - الشنيعة ومقياس إجابته D-T، اشتهرا بين الباحثين في الصحة العقلية، حيث استخدما بكثرة وتمت تهيئتهما للاستخدام (مثال Baker and Intagli (1982)؛ Lehman 1988؛ Oliver et al. 1977). نشر المؤلفون الفقرات الهامة، واقترحوا أن الباحثين يختارون فقرات لها علاقة بالاستبيانات الخاصة بهم. بعيدًا عن عمل (Andrews and Withey) اللذين قررا ثباتًا وصدقًا جيدين؛ هناك اختبار الفقرات.

مقياس القناعة بالحياة (SWLS)

SWLS جهاز قصير يقيّم تحكيم الشخص الواعي لمجالات الحياة باستخدام معياره الخاص

مع وزن كل مجال بنفسه (Diner et al. 1985) أدرك المطورون الرفاهة الشخصية على أنها تتكون من مكون عاطفي أو تأثيري والتحكيم أو التقييم المعرفي للحياة (Diener et al. 2003) . معظم الباحثين يركزون على المكون الأول طور مقياس القناعة بالحياة على أنه مكون تحكيمي للرفاهة الشخصية (Pavot et al. 1991) . يهدف إلى تحسين المقاييس المتواجدة التي يبدو أنها تشتمل على عوامل غير قناعة الحياة وغير LSIA Neugarten et al. (1961) ، لا تشمل المفاهيم المرتبطة مثل العنف. لقد صمم أن يكون مناسبا للبالغين لكل الأعمار (Pavot et al. 1991) .

المحتوى

تشمل SWLS خمس فقرات تقيس التحكم المعرفي الإجمالي عن حياة الفرد يأخذ حوالي دقيقة للاستكمال وينتج المقياس التالي:

هناك خمس عبارات تتفق أو لا تتفق معها. باستخدام مقياس 1 - 7 يشير إلى موافقتكم مع كل فقرة بوضع الرقم المناسب على الخط السابق للفقرة. كن صريحًا وأمينًا في إجابتك.

7 – موافق بشدة

6 موافق

5 – موافق بسيط

4 – لا موافق ولا غير موافق

3 – غير موافق بسيط

2 – غير موافق

1 - موافق بشدة

- في معظم الطرق إن حياتي قريبة لمثالياتي.

- أحوال حياتي ممتازة.

- أنا راضٍ بحياتي.

- للآن لقد حصلت على الأشياء الهامة التي أريدها في الحياة.

- لو أنني عشت حياتي مرة أخرى، لن أغير شيئًا.

لا أوافق بشدة(1) / لا أوافق (2) / لا أوافق ولا غير موافق (3) / أوافق بسيط (4) / أوافق (6) / أوافق بشدة (7)

التسجيل

تسجيل كل فقرة 1 - 7، تجمع الفقرات مؤدية إلى مستوى من 5 - 35. إرشاد التسجيل: 5 - 9 غير راضٍ بشدة؛ 10 - 14 غير راضٍ، 15 - 19 غير راضٍ بسيط، 20 حيادي، 21 - 25 راضٍ بسيط، 26 - 30 راضٍ؛ 31 - 35 راضٍ بشدة.

الصدق

أظهرت دراسات عن طلبة الكلية قام بها Diener et al. (1985) أن التسجيلات على SWLS مرتبطة وسطيًا إلى عالٍ مع قياسات أخرى للرفاهة الشخصية (شاملة قياسات Andrews and Withey، ومقياس Bradbwrn وسلم Cantril). وقد حققوا أن الارتباطات بين كل القياسات و SWLS، لعينتين من طلبة الكلية تتراوح بين 0.37 - إلى 0.68 مدعمًا الصدق المجمع لـ SWLS. وفي دراستين لطلبة الكلية، قرر (Pavot et al. 1991) شواهد إضافية للصدق المجمع للمقياس، مع ارتباطات بين SWLS و (1961) Neugarten et al. لمقياس (أ) لقناعة الحياة ومقياس الروح المعنوية لمركز الكبار بفيلادليفيا (0.65 - 0.81) على التوالي – وقد قرروا ارتباطا متوسطًا بين أقران المستجيبين وتقارير الأسرة لقناعة الحياة (0.54). تم تقييم صدق المعيار عن الطلبة في مجال ارتباطات SWBS مع قناعة حياة قيّمت بواسطة القائمين على المقابلات (0.73) (Diener et al. 1985).

الخصائص السيكومترية للمقياس حققها كل من Pavot and Diener (1993) وذكرا أن المقياس لديه صدق مجمع جيد عند مقارنته مع غيره من المقاييس وتقييمات الرفاهة الشخصية، وله صدق تميزي عند مقارنته مع قياسات الرفاهة العاطفية. كما وضحت أن بها حساسية كافية تستطيع التعرف على التغير في قناعة الحياة بعد التدخل الإكلينيكي.

وقد حققت ارتباطا متوسطا في الاتجاه المتوقع مع خصائص الشخصية (الاهتمام بكل ما هو خارج الذات) Emmons and Diener (1985) دراسة المراهقين والطلبة في البرتغال و Cap Verde وجدت أن المقياس قادر على التنبؤ بالوحدة (Neto and Barros 2002) ودراسة على المقيمين في أستراليا واليابان وجدت أنه يمكن التنبؤ بين المستجيبين الأستراليين وليس اليابانيين (Schumaker et al. 1993). في دراسة عن طلبة الكلية، Harrington and Loffredo (2001)، قد حققت أن المتفعين أظهروا قناعة حياة عن الانطوائيين، مؤكدة القدرة التميزية لـ SWLS.

حقق Diener et al. (1985) أن المقياس لديه عامل وحيد، في دراسة عن طلبة الكلية أكدت 66% من التغيرات. دراسات قام بها Pavot et al. (1991) و Lewis et al. (1995) أكدت نموذج العامل الوحيد. ولذا دعمت أحادية أبعاد المقياس، اعتماداً على عينة الطلبة. قام بتدعيم التركيب العاملي، الصدق المجمع والتمييزي للمقياس Clark et al. (1995) مرة أخرى في دراسة عن الطلبة.

الثبات

مجموعة دراسات على طلبة الكلية قام بها Diener et al. (1985) أظهرت أن المقياس لديه مستوى عالٍ من الثبات على الاختبار وإعادته في خلال شهرين (معامل ارتباط 0.82، معامل ألفا 0.87). حققوا دراسة عن الطلبة أظهرت ارتباط الفقرات الخمس

SWLS فكانت 0.81، 0.63، 0.61، 0.75 و 0.66 داعمة الاتساق الداخلي للمقياس. دراسة Pavot et al. (1991) حققت معامل اختبار - إعادته في الأيام الخمسة (0.83).

المقياس مشهور إلى حد ما نظراً لقصره وبساطته، وسرعته. يحتاج المقياس لضبط بسيط للغة للاستخدام في المملكة المتحدة العيب هو في الحقيقة أن الاختبار السيكومتري استخدم بكثرة على الطلبة في USA، مع تعميم غير معلوم. اعترف Pavot et al. (1991) أنه يحتاج إلى اختبار إضافي. المقياس في المجال العام ويمكن استخدامه بدون تكاليف أو تصريح.

مقاييس الرفاهة السيكولوجية (PWB)

لقد استنبطت PWB من نظريات تطور البالغين وكذلك مفاهيم الوظائف الفسيولوجية الإيجابية من علم النفس الإنساني والمتواجد والإكلينيكي (Ryff 1989؛ Ryff and Essex 1994؛ Ryff and Keyes 1995). تحوي المقاييس فقرات (+، -) تغطي ستة أبعاد: الذاتي، السيطرة البيئية، النمو الشخصي، علاقات إيجابية مع الآخرين، أغراض في الحياة، قبول ذاتي (Ryff 1989).

المحتوى

النسخة الأصلية تحوي 6 مقاييس ذات 20 فقرة لكل واحدة من الأبعاد الستة. هناك ثلاث نسخ للمقياس (14، 9، 3 فقرات) كل واحدة تغطي ستة أبعاد، تختلف في العدد للفقرات لكل بعد 14، 9، 3 على التوالي النسخة 14 فقرة تستخدم بواسطة Ryff في دراستها. الفقرات الممثلة لكل بعد تختلط في الاستبيان. المقاييس ذاتية الاستخدام. بعض الأمثلة من مقياس 14 فقرة تظهر أسفل:

السيطرة البيئية

عموماً أشعر بأنني مسيطر على الموقف الذي أعيشه.

أنا جيد في السيطرة على مسئولياتي اليومية.

إذا كنت غير سعيد مع حياتي سوف أغيرها بخطوات مؤثرة.

الذاتي

الناس نادراً ما يقنعونني بعمل أشياء لا أريد فعلها.

من الصعب عليّ قول رأيي في الأشياء المتضادة.

لست الشخص الذي يخضع للضغوط الاجتماعية للتفكير أو لفعل شيء بطرق معينة.

غير موافق بشدة (1)/ لا أوافق وسطيًا (2) / لا أوافق بسيطًا (3) / أوافق بسيطًا (4) / أوافق وسطيًا (5) / أوافق بشدة (6)

التسجيل

الفقرات على شكل 6 نقاط إجابة من غير موافق بشدة (1) إلى أوافق بشدة (6) الفقرات السلبية مقلوبة الشفرة في تسجيل المقياس. التسجيلات العالية تشير إلى تقدير ذاتي مرتفع. هناك تعريفات على النقاط العالية والمنخفضة على كل مقياس.

الصدق

هناك دعم قوي لصدق المقاييس مشيراً إلى أنها قياسات كافية للوظائف السيكولوجية. نتائج الاختبارات لصدق موازين الآباء ذات العشرين فقرة أعطيت من (Ryff 1989). صدق المقاييس مدعوم بنمط من الارتباطات بين PWB والقياسات الشخصية العديدة لعينات السكان البالغين وتظهر ارتباطا واضحا وتشير أن الارتباط بين الرفاهة السيكولوجية والشخصية معقدة (Schmutte and Ryff 1997 ؛ Ruini et al. 2003). ذُكر أنها ترتبط سلبيًا مع الوعي الذاتي في دراسة عن طلبة الكلية (Harrington and Loffredo 2001).

التحليل العاملي الذي قام به كل من (1995) Ryff and Keyes أشار أن النموذج المناسب للمقاييس كان ذا الأبعاد الستة. كذلك ذكر (2001) Clarke et al. أن هناك تحليل عاملي مؤكد، يدعم التركيب ذي العوامل الستة.

الثبات

نتائج اختبار الثبات لمقاييس الآباء ذات العشرين فقرة أعطيت من (1989) Ryff. معامل ألفا للاتساق الداخلي للمقاييس، وارتباطاتها مع مقياس العشرين فقرة على التوالي قُدِّرت بأنها عالية: الذاتي (0.83؛ 0.97)؛ السيطرة البيئية (0.86؛ 0.98) النمو الشخصي (0.85؛ 0.97)، علاقات إيجابية مع الآخرين (0.88؛ 0.98)، الهدف في الحياة (0.88؛ 0.98)، القبول الذاتي (0.91؛ 0.99) (Ryff 1989). أضاف Ruini et al. (2003) أن معاملات Pearson للثبات للاختبار - إعادته للمقاييس في شهر واحد، بنيت على عينة من 450 عضواً من السكان وحكموا بأنها مقنعة للمقاييس الستة كلها. نسخة من المقياس ذي 18 فقرة أوضحت اتساقًا داخليًا للألفا منخفضًا في دراسة كندية للصحة والشيخوخة (Clarke et al. 2001).

قدّم نتائج الاختبارات للثبات والصدق لمقاييس الفقرات الثلاث القصيرة (Ryff and Keyen 1995). لقد قررا أن لمقاييس الفقرات الثلاث ارتباطًا من 0.70 إلى 0.89 مع المقاييس الأصلية. نسخة الفقرات الثلاث لها اتساق داخلي منخفض الذاتي: (ألفا = 0.43)، السيطرة البيئية (ألفا = 0.57)، النمو الشخصي (ألفا = 0.50)، العلاقات الموجبة مع الآخرين (ألفا = 0.54) الهدف في الحياة (ألفا = 0.37)، القبول الذاتي (ألفا = 0.53). لذا فإن Ryff لا يوصي بها لتقييم عالٍ للرفاهة. انخفاض الاتساق الداخلي للنسخة القصيرة يعكس رأي Ryff لخلق نسخ قصيرة للمقاييس تمثل التركيب المتعدد الأغراض للنسخة الكاملة ذات 20 فقرة بدلاً من استهداف اتساق داخلي عالٍ.

استخدم الموازين بنجاح في الدراسات الطولية للسكان في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا (Clarke et al. 2001 ؛ Marks and Lambert 1999) كما أنها روجعت واستخدمت بنجاح بلغات أخرى منها الهولندية (Spruytte et al. 1999) والسويدية (Lindfors 2002). بينما المعلومات عن خصائصه السيكومترية من ناحية الوصف ونتائج الدراسات مازالت ناقصة. الدراسات الحالية على ثبات وصدق المقاييس الكاملة كانت جيدة. خاصة، أن المقاييس تساهم بصورة قيمة عن أبحاث الشيخوخة: والاهتمام بعلم الشيخوخة على الجانب النظري لأهمية الذاتية والسيطرة البيئية والقبول لشيخوخة ناجحة (Baltes and Baltes 1990). والمقياس يستخدم مجاناً ويحتاج المطوّر إلى نسخ عن كيفية استخدام الجهاز ونسخة من النتائج.

جدول الرفاهة العامة (النفسية) (GWBS)

جدول (GWBS) مؤشر مختصر متعدد الأبعاد للإحساس الشخصي للرفاهة والانزعاج. صمم للاستخدام في المسح الصحي والتغذية الأمريكي (HANES). بهدف وجود مؤشر لقياس التقرير الذاتي للتأثيرات البيئية للأشخاص أو الحالات العاطفية عاكساً إحساس الرفاهة الشخصية أو الانزعاج (Dupuy 1973, 1974, 1978, 1984). قدّم المسح الصحي والتغذية الأمريكي (HWES) معايير السكان للولايات المتحدة الأمريكية.

والاستخدام المعروف هو النسخة المحورة المتداخلة مع مقياس Rand، المؤسسي على عدد كبير من المجتمع عمر 14 60 ويزيد (Brook et al. 1979a, 1979b). تقدم مسح التأمين الصحي لراند بأحدث مرجع معياري GWBS في USA: 71% من البالغين يقعون في درجة "الرفاهة الموجبة" (نقاط 73 - 110)، 16.5% أظهرت انزعاجاً متوسطاً (نقاط 61 72)، 13.5% بها "انزعاج شديد" (نقاط صفر 60). 15 من فقرات GWBS استبقت للاستخدام في النسخة الأخيرة لمقياس Rand. (Brook et al. 1979a, 1979b) قام بمراجعة شديدة للمقياس.

المحتوى

احتوت المسودة الأولى للجهاز 68 فقرة، 18 منها استخدمت في الولايات المتحدة الأمريكية في المسح الصحي والتغذية الأمريكي وأشير إليها على أنها جدول الرفاهة العامة. نسخة من 33 فقرة طورت واستخدمت (Fazio 1977). نسخة من المؤشر بها 22 فقرة، اشتملت الفقرات على مؤشرات تأثيرها إيجابي وسلبي. وهو استبيان ذاتي الاستخدام، في 12 دقيقة.

ويشمل ست فقرات للحالات الذاتية. والمقياس الفرعي يقيس الحالات الست المحتوية على 3 - 5 فقرات لكل واحدة. المقاييس الستة الفرعية هي القلق (مثال متضايق من العصبية) مشدود بصفة عامة، قلق، مضطرب؛ مستريح: تحت ضغط) حالة مزاجية مكتئبة (إحساس بالاكتئاب، حزن، بلا أمل) رفاهة إيجابية (مثال روح معنوية: فرح، قناعة بالحياة الشخصية، منشرح) التحكم الذاتي (مثال تحكم شديد، الخوف من فقد التحكم، الإحساس بالثبات العاطفي؛ ثقة النفس) الصحة العامة (مثال مصاب بمرض، مصاب جسديًا؛ ألم). (مثال الطاقة: منتعش، مرتاح الشعور بالنشاط، نشط عكس كسول، متعب، منهك).

شكل الأسئلة هو "في أثناء الشهر الماضي" الأسئلة 14 الأولى بها 6 اختيارات للإجابة، 4 أسئلة تختار مقياس تقييم؛ معرف بصفات في النهاية. مثال للأسئلة:

ما هو شعورك بصفة عامة (في أثناء الشهر الماضي)؟

روح معنوية ممتازة

روح معنوية جيدة جداً

روح معنوية جيدة

في حالة تردد معنوي

روح معنوية منخفضة غالباً

روح معنوية منخفضة جداً

ما مدى السعادة، السرور، القناعة، في حياتك الخاصة (في أثناء الشهر الماضي)؟

سعادة تامة

لم أكن أكثر قناعة ورضا في حياتي

سعيد جداً

سعيد

قانع.. راضٍ

إلى حد ما غير راضٍ

غير راضٍ جداً

ما مدى قلقك واهتمامك بصحتك (في أثناء الشهر الماضي)؟

صفر	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
غير مهتم جداً										مهتم جداً

التسجيل

الأسئلة 14 الأولى لها 6 إجابات للاختيار مسجلة على المقياس صفر – 5. قيمة صفر تمثل الأكثر (سلباً)؛ و 5 إجابة للأكثر إيجاباً (المقاييس التقييمية مستخدمة أيضاً: انظر في السابق). درجات الميزان صفر – 110 والميزان التحتي صفر – 15 أو 20 - 25. التسجيل الكلي أو التسجيل للمقياس الفرعي يمكن استخدامه للتحليل. اقترح Dupuy أن التسجيل من صفر – 60 يعكس "إنزعاج شديد" 61 72 "إنزعاج متوسط" 73 - 110 "رفاهة إيجابية".

الصدق

في دراسة Fazio (1977) على 195 طالبا وجد ارتباط الـ GWBS متوسطا وكان درجة القائمين على المقابلات للاكتئاب (0.47)، ومتوسط ارتباط GWBS وست مقاييس للاكتئاب أخرى (0.69) و (0.64) مع مقاييس القلق الثلاثة. قرر كل من Fazio (1997) و Ware et al. (1979) ارتباطات معيارية بين GWBS وتقييم المقابلات في العموم 0.65 و 0.90. اختبر Nakayama et al. (2000) النسخة اليابانية للمقياس لعدد أكثر من 1000 من البالغين وأقر أن له صدقا متزامنا جيداً بالمقارنة مع خمسة مقاييس صدق للاكتئاب القلق.

أوضح Edwards et al. (1978) أن المقياس كان حساسا بدرجة كافية لتحديد التقدم خلال 3 أسابيع للمرضى النفسيين في دراستهم. كما قرر Kammann and Flett (1983) ارتباط (0.74) بين مقياس GWBS ومقياسهم ذي 96 فقرة للسعادة العامة والرفاهة (الأفكتوميتر).

أقر Dupuy (1979) و Wan and Livieratos (1977) أن التحاليل العاملية لل GWBS أظهرت 3 عوامل تشرح 51% من التنوعات: القلق، الضغط والاكتئاب، الصحة والطاقة، الرفاهة الإيجابية أو قناعة الحياة. أنتج 6 حلول عاملية تؤكد 6 مقاييس فرعية تحتية باستخدام تعدد الخصائص والتحليل العاملي (Ware et al. 1979). ودراسات التركيب العاملي للمقياس في ثقافات مختلفة دعمت صدق البناء لنماذج 6 – عوامل: 3 عوامل و 4 عوامل (Nakayama et al. 2000).

الثبات

أجريت اختبارات مقياس واسعة واختبار للثبات والصدق على 1209 مستجيبا. معامل الاتساق الداخلي للمقاييس الفرعية الستة تراوحت بين 0.72 و 0.88. ثبات اختبار

وإعادته أنتج نتائج جيدة (باستثناء معامل اختبار - إعادته منخفض يصل إلى 0.50 عندما تم مد الفترة البينية من أسبوع واحد إلى شهر). معامل ثبات الاختبار - إعادته يتراوح من 0.50 إلى 0.86 مع متوسط 0.66. أسست هذه النتائج على دراسات كثيرة من عينات الطلبة والعينة الكبيرة للبالغين المشاركين في دراسة التأمين الصحي لراند. تمت المراجعة بواسطة Dupuy (1984).

معامل ثبات الاختبار - إعادته (0.68 - 0.85) للعينتين الفرعيتين داخل USHANS قد قررها MOnk (1981). ومن الصعب التعرف على ما إذا كان الارتباط الضعيف يعكس عدم الثبات للجهاز أم تغيرات في الأفراد.

كما أقر Monk (1981) معامل الاتساق الداخلي (0.93) على أساس التحاليل 6913 شخصًا. حقق Fazio (1977) معامل اتساق داخليًا مماثلا (0.91) للذكور، 0.95 للإناث. وارتباطًا بين التسجيلات الفرعية 0.16 - 0.72. راجع Ware et al. (1979) ثلاث دراسات باستخدام GWBS ووجد معامل اتساق داخليًا فوق 0.90، بينما: قرر Edwards et al. (1978) معاملا منخفضًا 0.69.

هذا المقياس بنتائج جيدة بصفة عامة. أحد مميزات هذا المقياس عدم مراجعة الأغراض البدنية للانزعاج العاطفي وبالتالي يتجنب مشاكل التفسير. تموج في ثبات الاختبار - إعادته قد يصبح إشكال في التقييم. وهناك عيب رئيسي هو أن معظم دراسات الصدق المبكرة غير منشورة، على الرغم من مراجعتها بواسطة Brook et al. (1979a, 1979b). المقياس اختبر في بريطانيا، كناتج مؤشر للاكتئاب Hunt and McKenna (1992).

مقياس حسن الترابط (SOC)

مقياس الكبار للترابط، يراكب قناعة الحياة، مشتمل في هذا القسم: مقياس حس

الترابط (Antonovsky 1987, 1993 ؛ Antonovsky and Sagy 1986) . راجع المؤلف مقاييس خاصة للضبط، والتحكم في كتابها قياس المرض (Bowling 2001). مقياس حس الترابط إجمالي في المحتوى، ويزيد شهرته في دراسات أوروبية لناتج الصحة لقياس المعاملات التعديلية) .

أسس تطور المفهوم والمقياس في المقابلات مع 52 مستجيباً ممن عانوا من مشاكل رئيسية في الحياة. مقياس حس الترابط استخرج من نموذج نظري مصمم لتوضيح الصيانة والتحسين لوضع الإنسان على صحة سهولة / استمرار المرض (Antonovsky 1993) عرف مقياس حس الترابط (Antonovsky 1987) أنها :

> هي توجيه إجمالي يعبر عن المدى الذي يمكّن الشخص التغلغل؛ متحملا الشعور الديناميكي للثقة، بأن (1) التأثير الناتج من المحيط الداخلي والخارجي في مجال الحياة؛ قد تُنَبِّيء واتضح، (2) المصادر متوافرة للشخص لملاقات الطلبات المثارة بهذه التأثيرات، (3) هذه المتطلبات فيها تحد؛ تستحق الاستثمار والارتباط .

هذه العناصر الثلاثة تسمى الفهم، الإدارة والمعنى للحياة، في الواقع، هو اتجاه إجمالي للمحيط الداخلي والخارجي ويمكن استخدامه كمؤشر للقدرة على التأقلم في مواقف الحياة الضاغطة. جادل Antonovsky أن حسًا قويًا من الترابط ضروري لنجاح الإدارة للضغوط والحركة نحو نهاية صحية لاستمرارية سهولته مرض (Antonovsky 1990) .

المحتوى

الميزان به 29 فقرة 7 نقاط مرقمة به 11 فقرة للفهم، 10 للإدارة، 8 للمعنى. هناك عدد من النسخ القصيرة وصفت. منها نسخة 13 فقرة مقبولة ذات مستوى مقبول من

الصلاحية والاعتمادية (Antonovsky 1987 ؛ Langgius 1995 ؛ Gana and Garnier 2001 ؛ Pallant and Lae 2002) أمثلة عن نسخة 29 فقرة :

هل لديك الشعور بأنك لا تهتم حقيقة بما يدور حولك ؟

1	2	3	4	5	6	7
نادراً أو أبداً						كثيراً جداً

هل يحدث أن الناس الذين تعتمد عليهم يخذلونك ؟

1	2	3	4	5	6	7
لا يحدث أبداً						يحدث دائماً

الحياة هي

1	2	3	4	5	6	7
مليئة بالاهتمام						روتين كامل

ما هو أحسن وصف ترى به الحياة ؟

1	2	3	4	5	6	7
يوجد دائما حل للآلام في الحياة						لا حلول لآلام في الحياة

فعل نفس الأشياء اليومية هي :

1	2	3	4	5	6	7
مصدر سعادة عميقة وقناعة						مصدر عميق للألم والملل

تقدر أن حياتك الشخصية في المستقبل ستكون

1	2	3	4	5	6	7
بدون معنى نهائي أو هدف						مليئة بالمعنى والأهداف

التسجيل

كل من 29 فقرة لديها 7 نقاط في المقياس المرقم. وتجمع لعمل التسجيل للمقياس. لذا فإن 29 فقرة تجمع من 29 إلى 203، كلما زاد التسجيل زادت قوة الحس الترابطي. التسجيل يتبع نفس الشكل للنسخة 13 فقرة. أقر Langius et al. (1992) أن اختبار الشكل المرقم للمقياس مع مقياس مشابه مرئي به إجابة، لا يوجد فروق بين شكلي المقياسين.

الصدق

صدق وثبات SOC تم اختبارها في دراسات لأكثر من 20 دولة. وقد حكم أنها يمكن استخدامها عبر الثقافات (Antonovsky 1993). ومع استخدامها عبر بعض اللغات الدارجة بعض الثقافات المحددة يجب الاهتمام بالترجمة واختيار المعنى هام. قدم Antonovsky (1993) الشواهد على صدق المقياس لكل الدراسات التي تم نشرها حتى عام 1993. وقررت ارتباطا دالا بين مقياس حس الترابط وقياسات الصحة، المرض، الرفاهة، توجيه للنفس والضغط، محددا معيار المقياس وصدقه المجمع. دراسة نائج المرض الذين أجريت لهم جراحة قلبية بواسطة Dantas et al. (2002) داعمة القدرة المميزة لصدق المقياس على أساس ارتباطاتهم النظرية المستقلة مع تقديرات نوعية الحياة. استخدم Pallant and Lae (2002) النسخة ذات 13 فقرة مع قياسات الصحة البدنية والسيكولوجية، الشخصية والقدرة على التغلب على المشاكل، وارتباطات واضحة بين هذه القياسات و SOC في الاتجاه المتوقع. بالإضافة، Matsuura et al. (2003) في دراسة المرض مع التيبس الجهازي في اليابان، تقرر أيضا ارتباطا بين النسخة اليابانية ومقياس Beck، والتحليل الانحداري المتعدد أكدت أن SOC المنخفض كان تنبؤا مستقلا للاكتئاب. في دراسة مرض السمنة Björvell et al. (1994). قرروا ارتباطا واضحا (0.55 -) بين مقياس حس الترابط وقياس إثارة الدوافع مشيرا أنه كلما قوي

القياس الذاتي لحس الترابط: كبر إدراك إثارة الدوافع الذاتية. كما قرر وجود ارتباط دال مع قياسات قناعة الحياة (Anke and Fugl-Meyer 2003) والتمييز بين النساء مع أو بدون ظاهرة تهيج الأمعاء (Motzer et al. 2003).

في دراسة على 189 أمريكيًا من المحاربين، وجد تحليل عاملي عن المقياس مؤكدًا أن 29 فقرة محملة على عامل حقيقي واحد عند (0.40) أو أكثر (بجذور كامنة معطاة: 12.45) (انظر Antonovsky 1993). قيم Gana and Garnier (2001) النسخة الفرنسية لمقياس ذي 13 فقرة لأكثر من 600 بالغ وقرر نموذجًا عامليًا ثلاثي الارتباط الذي شمل الإدارة، المعنى والشمول.

الثبات

اختبرت نسخة مقياس 29 فقرة للثبات في 26 دراسة قررها Antonovsky (1993). وكان الاتساق الداخلي لقياس ألفا كرونباش (0.82 - 0.95). استخدمت نسخة 13 فقرة في 16 دراسة، وكان ألفا كرونباش (0.74-0.91) بعض الدراسات قررت ارتباطات الاختبار - إعادته، التي كانت ثابتة عند (0.54) على مدار عامين Antonovsky (1993). في دراسة مرض سرطان الفم والحنجرة قرر (Langius et al 1994؛ Langius) ألفا كرونباش Cronbach alpha أن تكون (0.88 - 0.89).

نسخة 13 فقرة للمقياس زادت شهرتها في الأبحاث الإكلينيكية والاجتماعية، ويظهر وجود خصائص سيكومترية جيدة لها.

مقاييس احترام الذات

بين أشهر المقاييس وأكثرها استخدامًا لاحترام الذات هي: مقياس احترام الذات (Rosenbery 1965)، مقياس المفهوم الذاتي لـ تينيسي (Fitts 1965) ومقياس احترام الذات (Coopersmith 1967)، وتوجد مقاييس أخرى قررها (1973) Crandall؛

Robinson and Shaver (1973) ؛ Wylie (1974) ؛ و George and Bearon (1980).

وهذه المراجع يفضل قراءتها للتفاصيل. معظم المقاييس تحتاج اختبارًا إضافيًا على عدد أكبر من السكان حيث إن الدراسات الأولى كانت على الطلبة مع أن هذه المقاييس يزداد استخدامها على الدراسات الإكلينيكية حاليًا.

مقياس احترام الذات

وصف Rosenberg (1965) احترام الذات على أنه القبول الذاتي أو الإحساس الأساسي بالقيمة الذاتية وطور مقياس احترام الذات المؤسسي على مقياس Guttman، في دراسة على 5.024 طالبًا في المدارس العامة في نيويورك. لا توجد معلومات كثيرة عن تطور المقياس. تسجيلات احترام الذات ارتبطت مع الخصائص مثل الاشتراك في الأنشطة المدرسية والقيادة في المدارس بأنشطتها. كان المقصود من القياس أن يكون مختصرًا إجماليًا وأحادي البعد. استخدم في مجالات مختلفة. وكذلك للكبار. في دراسة لمدرسين من المحالين إلى المعاش عددهم 5000 وموظفي التليفون بواسطة Atchley (1976) الذي قرر أن للرجال احترام ذات أعلى من النساء. وفي دراسة Kaplan and Porkorny (1969) على 500 بالغ من بلدة هاريس في مدينة تكساس، قررا أن العمر لا يرتبط باحترام الذات. وذكر Ward (1977)، في دراسته على 323 من المقيمين في ماديسون بوسكونسن أن المتنبئين باحترام الذات للنساء هما الأنشطة الحالية، الحرمان المرتبط بالعمر والصحة. وبالنسبة للكبار (60 - 92)، الاتجاه نحو السن الأكبر تنبئ باحترام الذات وبالنسبة للرجال فإن الدخل والتعليم يعتمد عليهما في التنبؤ (Ward 1997).

المحتوى

يحتوي المقياس على 10 فقرات، خمس منها موجبة المعاني وخمس سالبة المعاني، مع إجابات من 4 نقاط من "موافق بقوة" إلى "لا أوافق بقوة": الأمثلة هي:

أحس أنني شخص قيّم، على الأقل موازٍ للآخرين.

أشعر أنني أمتلك عدداً من الصفات الجيدة.

في الجمال، أنني أميل إلى الإحساس بأنني فاشل.

أشعر أنه ليس لدي الكثير لكي أفتخر به.

في أوقات أفكر أنني لست جيداً بالمرة.

في الجمال، أنا قانع بنفسي.

آخذ اتجاهاً إيجابيًا نحو نفسي.

أوافق بقوة (1)/ أوافق (2)/ لا أوافق (3)/ لا أوافق بقوة (4)

التسجيل

صمم المقياس مثل مقياس Guttman ذي 10 فقرات وقد صممت الإجابات للتسجيل من صفر إلى 6 (أوافق بقوة إلى لا أوافق بقوة). بينما، لا توجد موافقة لطرق التسجيل. بعض المستخدمين سجلوا إجابات ثنائية الإجابة مثل "أوافق" أو "لا أوافق" وبعض الباحثين استخدموا مقياس جمع بسيط.

الصدق

اختار Rosenberg (1965) بوضوح الفقرات للمقياس التي شعر أن لها صدق شكل. كما قيم صدق البناء، وقرر أن احترام الذات الإيجابي ينبئ عن خصائص اجتماعية وسيكولوجية عديدة، مثل خفض الخجل، الاكتئاب والكثير من الجزم، والأنشطة الاجتماعية. قرر أن المقياس له صدق تنبؤ مقبول بالنسبة إلى مستوى الاكتئاب بين المتطوعين بتقييم من الممرضات. كما قرر Robinson and Shaver (1973) أن المقياس ارتبط (0.59 - 0.60) مع مقياس Coopersmith للاحترام الذاتي، اعتماداً على طريقة

التسجيل. وهو يرتبط بوضوح مع الاكتئاب (Schmitz et al. 2003) وأن يؤدي أفضل من مقياس Coopersmill للاحترام الذاتي في التنبؤ بأمراض النظام الغذائي السيكوباتية (Griffiths et al. (1999.

أقر (1969) Kaplan and Porkorny اثنين من العوامل غير المرتبطة التي تحدد 45% من التغير الكلي. الفقرات التي تشكل العامل الأول تسمي "محط الكرامة" وذكر أن العامل الثاني يعكس "دفاع عن قيمة الإنسان". أقر (1969) Kohn نتائج مشابهة. دعم نموذجًا ثنائي العوامل في التحليل العاملي في دراسة عن 700 شخص مختلفي الأجناس من الطلبة، وممن أقروا أن له صدقًا عاليًا بين مختلف المجموعات العرقية (Greeberger et al. (2003.

الثبات

أوضحت التجارب أن الثبات (الاختبار - إعادته والاتساق الداخلي) كان جيداً مع (1965, 1986) Rosenberg الذي أقر بأن معامل الإنتاجية (0.85 - 0.92)، معامل المقياس كان (0.72)، أشار (1977) Ward إلى معامل ألفا (0.74) للاتساق الداخلي. حقق (1965) Silber and Tippek معامل ثبات اختبار - إعادته (0.85) من استخدام المقياس مع 28 طالبًا في فترة بينية أسبوعين وكانت ارتباطات الفقرة (0.56 - 0.83).

في تلخيص: المقياس جذاب نظراً إلى قصره وبساطته ويحتاج اختباراً على عدد أكبر من السكان للصدق والثبات وعلى حساسيته للتغير. واستنتجت (1974) Wylie أن المقياس جدير بأبحاث إضافية والتطور. ولم تحل طريقته في التسجيل بعد. وأوصى به (1980) George and Bearon.

مقياس مفهوم الذات لـ تينيسي

هذا المقياس غالبًا الأشهر والأكثر استخدامًا. طور للاستخدام للصحة العقلية

الاستشفائية عام 1956 وروج عام 1965 بواسطة Fitts 1965 . أسس كل من (Fitts 1965، 1972 ؛ Fitts and Warren 1996) المقياس على نظرية Maslow أن الأفراد الواقعيين أكثر قدرة على تحقيق قوتهم الكامنة الحقيقية والعمل بطريقة خلاقة ومؤثرة أكثر . رأى Fitts المفهوم الذاتي مرتبطًا بالأداء : الشخصي الذي لديه مفهوم ذاتي واضح ، متوافق ، إيجابي وواقعي سوف يتصرف بطريقة صحية ، واثقة ، بناءة ومؤثرة . ويعتمد ذلك على أشياء أخرى معادلة ولكن الحال ليس دائمًا كذلك .

طور المقياس من مقاييس أخرى ، وفقرات ذات نهاية مفتوحة ، ومن وصف ذاتي من عينات المرضى النفسيين والأصحاء وتم وضعها في مقياس داخلي وخارجي . قسمت 90 عبارة متبقية بطريقة مستقلة بواسطة 7 من علماء علم النفس الإكلينيكي إلى 15 قسمًا . وكانت هناك موافقة عظمى على المحتوى الإيجابي والسلبي . وتم عمل اختبار مبدئي على المقياس على 626 شخصًا ، 12 - 68 سنة .

استخدامه يستغرق 20 دقيقة وهو مؤسس على الاستكمال الذاتي .

المحتوى

يتكون المقياس من 100 فقرة ذاتية الوصف وهو معقد . 90 فقرة مقسمة تحت العناوين التالية : الذات البدنية ، الروح المعنوية الذاتية ، الذات الشخصي ، الذات العائلية ، الذات الاجتماعية . وهذه العناوين مقسمة إلى عبارات عن المفهوم الذاتي الداخلي ، الشخصية الذاتية ، القبول الذاتي والسلوك . يحدد المقياس الشعور الشخصي للقيمة الذاتية ، ودرجة واقعية الصورة ، أو انحرافها . 90 فقرة تصل البعد الداخلي والخارجي للمفهوم الذاتي . والفقرات العشر الباقية تشكل مقياسًا كاذبًا ويقيس إجابات دماغية . إجابات 90 من الفقرات الكاذبة خلال استمرارية من خمس نقاط من "خطأ كامل" إلى "صحيح كامل" .

اعتماداً على الاستخدام المقترح، هناك نسختان من المقياس متواجدتان - إحداهما للاستشارة والأخرى للشئون البحثية أو الإكلينيكية. تفاصيل المقياس، والأبحاث والدراسات متوفرة في تقرير عند Fitts (1965)؛ (Roid and Fitts 1988؛ Fitts and Warren 1996). وطبيعتها التجارية تمنع تصوير أكثر من بعض الفقرات:

لديّ جسد صحي.

أنا قانع بسلوكي العالي.

أنا عضو أسرة سعيدة.

أنا اجتماعي كما أردت أن أكون.

كاذب كاملا = (1) / معظمه كاذب (2) / كاذب جزئيًا وصادق جزئيًا (3) / معظمه صادق (4) / صادق كليا (5)

(فقرات من مقياس المفهوم الذاتي لـ تينيسي، حقوق الطبع محفوظة لسنة 1964 لدى ويليم هـ. فيتس William H. Fitts. أعيد نشرها بعد موافقة الناشر Western Psychological Services 12031 ويلتشير بوليفارد، لوس أنجيلوس، كاليفورنيا 90025، الولايات المتحدة الأمريكية. كافة حقوق الطبع محفوظة.)

التسجيل

التسجيل الكامل هو تسجيل إيجابي لاحترام الذات. الفقرات العشر الباقية هي مقياس الانتقاد الذاتي (الكاذب) مكونة من عبارات سالبة خفيفة. التسجيل الإيجابي لاحترام الذات لديه مدى 90 - 450. قرر Fitts (1965) تسجيلا متوسطًا على أساس لعيناته على 625 من البالغين، من 345.57. التسجيل مُعقَّد ويحتاج مجموعة من التسجيل المطبوع، والتسجيل القالبي.

الصدق

الارتباطات التي تظهر صدقًا مجمعًا وتمييزيًا وتنبئيًا أقرها Fitts (1965) و Thompson

(1972) و Roid and Fitts (1998) . هناك الكثير من الشواهد تدعم المقياس أتت من الدراسات السابقة ودراسات لم تنشر . الارتباطات مع مقياس القلق (0.70 -) تدعم القدرة التميزية للمقياس (Fitts 1965) وأكدت بواسطة Thompson (1972) . كما أكد Fitts (1965) ارتباط (0.68) مع مقياس إيجابي التأثير . صدق التميز اقترح جزئيًا بارتباط (0.21 -) مع المقياس F الذي يقيس الاستبداد ؛ وصدق التنبؤ تقترحه قدرته في التمييز بين الصحة العقلية وصحة علم النفس المرضي (Fitts 1965) . سأل Wylie (1974) الصدق التميزي على المقياس على أسس النقص في المعلومات الكافية المقررة بواسطة Fitts (1965) . في الوقت الذي توجد فيه متغيرات متعلقة ترتبط بوضوح مع المقياس ، هناك أيضًا الكثير منها الذي لا يرتبط (Reed et al. 1980) .

استخدم المقياس بكثرة على عينات من الشباب والمرضى النفسيين والأشخاص الطبيعيين . وجد أن احترام الذات أعلى بين الكبار عن البالغين بصفة عامة (Grant 1966) . ذكر Goodrick et al. (1999) أن المقياس قادر على التنبؤ بالتحسن في شدة التغذية السريعة .

استخدم Vincent (1968) تحليلا عامليًا للمقياس . القبول الذاتي مع الشخص الذاتي محملان بقياسات عديدة . ذكر Vacciano and Strauss (1968) أن التحليل العاملي للمقياس أوضح 20 عاملا . والعامل البنائي استمر بدون حل (انظر McGuire and Tinsley 1981 و Roid and Fitts 1988) . لم يوضح استخدام المقياس ظواهر متوافقة في النتائج لتتمكن من دعم تعريف المفهوم الذاتي الذي عرفه (Fitts) .

الثبات

أظهرت اختبارات الثبات للاختبار إعادته ارتباطات عالية (0.92) لتسجيل الاحترام الذاتي الإيجابي و (0.75) لمقياس النقد الذاتي خلال أسبوعين في دراسة على 60 طالبا

Fitts (1965). كما انتقدت Wylie (1974) عمل Fitts (1965) لنقص المعلومات الكافية لعمل حكم مستقل عن ثبات المقياس. تم عمل تنقيح في دراسة Roid and Fitts (1988) تقدير الاتساق الداخلي للمقياس (معاملات ألفا) تتراوح بين (0.66 و 0.94) للتسجيل العام للمقياس والمجموعات الفرعية للمقياس وكلها ما بين (0.70 - 0.87) Stanwyck and Garrison (1982)، Tzeng et al. (1985)، Roid and Fitts (1988). كانت الارتباطات بين الفقرات منخفضة نسبياً لمعظم المجموعات الفرعية للفقرات (من 0.14 إلى 0.35) (Tzeng et al. 1985)؛ على الرغم أن ذلك في حدود المدى المتوقع من هذه المقاييس (Roid and Fitts 1988).

في ملخص، يبدو المقياس غير ثابت مع كبار السن؛ على الرغم أن التسجيل المنخفض للنقص الذاتي الناتج مع الكبار يجعل المستخدم حريصاً (George and Bearon 1980). إنه مقياس شهير لكن طويل في الاستخدام.

مقياس احترام الذات لـ كوبرسميث

تم البحث عنها جيداً (Coopersmith 1975, 1981a, 1981b) واستخدمت في العلوم الاجتماعية ومن الأطباء. يصور احترام الذات على أنه سمة غير موزعة جيداً بين السكان ولكنها مرغوبة جداً.

يقدم كتيب المقياس مصادر نموذجية للسكان (Coopersmith 1981a). عرف Coopersmith (1967) احترام الذات على أنه حكم ذاتي لقيمه الشخصية، وهذا التعريف مشابه لغيره من التعريفات السابقة. يقيس المقياس الاتجاه نحو الذات، متضمناً مجموعة من الأبعاد: الخبرات الاجتماعية، الأكاديمية، العائلية والشخصية. ابتكر المقياس خمسة من علماء النفس لاستخدامه مع الأطفال وقد قسموا الفقرات حسب احترام منخفض أو مرتفع لاستخلاص مقياس من 50 فقرة. ثم خفضت إلى 25

فقرة، بعد تحليل الفقرات مؤسس على إجابات 121 طفلا. ارتباط الطويل مع القصير كان (0.95). والمقياس يستخدم ذاتيًا ويستغرق حوالي 10 دقائق.

المحتوى

تحوي الفقرات عبارات قصيرة يقيمها الشخص "مثلي" أو "مختلف عني"، وهي متعددة الأبعاد تغطي القيادة – الشهرة، محط للذات: الأسرة، الأبوين، الجزم – القلق.

أمثلة هي:

يمكنني جزم عقلي بدون مشاكل كثيرة.

أقدم متعة كبيرة لمن أكون معه.

أنا شهير مع ناس من سني.

من الصعب أن يكون أحد مثلي.

كل شيء مقلوب في حياتي.

دائمًا أشعر بالقلق بالنسبة للعمل الذي أقوم به.

لست حلو الطلعة مثل معظم الناس.

إذا كان لدي شيء لقوله، أقوله عادة.

الأشياء لا تضايقني عادة.

مقياس 50 فقرة لديه مقياس كذب إضافي ثماني الفقرات (Coopersmith 1967). توجد نسخة من 25 فقرة مشابهة. ويمكن استخدامها مع البالغين (16 +). نسخة البالغين نشرت بواسطة Robinson and Shaver (1973).

التسجيل

لم يختبر شكل التسجيل. إجابة الفقرة "مثلي" "مختلف عني" تخصص لها قيمة

وتجمع. التسجيل مشتق من ضرب X، التسجيل الخام، في 2 بالنسبة للمقياس القصير في 4 بالنسبة للمقياس الطويل. التسجيل الإيجابي التام 100 والتسجيل السلبي الكامل صفر.

الصدق

ارتباطات الصدق المجمع بين المقياس ومقاييس الاحترام الذاتي الأخرى، مؤسسة على الطلبة وتتفاوت بين (0.02 - 0.60) (Taylor and Reitz 1968؛ Ziller et al. 1969؛ Crandall 1973). ارتباط مؤكد أكثر مع مقياس احترام الذات لروزنبيرج قد حققه Robinson and Shaver (1973). واستخدم الطلبة مرة أخرى (300 طالب) (من 0.59 إلى 0.60). قارن Hoffimeister (1976) مقياسين فرعيين لاستبيان احترام الذات الذي طور قائمة الذات Coopersmith وأقر ارتباطات (0.40 - 0.61). والارتباطات تصبح بين (0.44 و 0.75) عند الاختبار ضد مقياس الرغبة الاجتماعية (Taylor and Reitz 1968)، مشيراً أن هناك خلط ممكن مع الرغبة الاجتماعية.

أقرت ارتباطات المقاييس مع قياس المفاهيم الأخرى، متوقعة على أسس نظرية. ذكر Campbell (1967) ارتباط (0.31) مع اختبار قدرات؛ كما أقر Boshier (1968) ارتباط (0.80) مع المقياس ومحبة الاسم الأول لشخص؛ ذكر Wieet (1965) ارتباط (0.22) بين المقياس وتقرير تبادل المحبة بين الذات والآخرين. دراسات أخرى ذكرت ارتباطات في الاتجاه المتوقع: مثال، مع الأمراض النفسية للشباب Guillon et al. (2003) مع التغذية السريعة في مرضى السمنة في العيادات الخارجية في المستشفيات (Jirik-Babb and Geliebter et al. 2003). ليس كل الارتباطات في الاتجاه المتوقع. مثال: ذكر Trowbridgle (1970) متوسطاً أعلى على مقياس الأطفال غير المميزين من الناحية الاجتماعية الاقتصادية. هناك انحراف للجنس لستٍ من فقرات المقياس

(نسخة 25 فقرة) قد أقرها (Chapman and Mullis 2002) مما تطلب الحذر عند الاستخدام.

تساءلت (1974) Wylie عن دعاوى Coopersmith للصدق في المقياس؛ على أساس العدد الكبير للاختبارات الدالة التي تمت في تطوره وعدم تقرير الأرقام الواقعية للاختبار. والأرقام التي تصل إلى مدلول إحصائي عند مستوى 0.5 غير مقررة، جاعلا من المستحيل تقدير الرقم الذي قد حدث إلا بالصدفة فقط.

في دراسة لعينتين من الطلبة Robinson and Shaver (1973) قاما بتحليلين عامليين للمقياس على 500 طالب مشيرا إلى طبيعة المقياس متعددة الأبعاد. ظهرت 4 عوامل محط ذاتي للقدر، القيادة – الشهرة، الأسرة، الأبوين، الجزم القلق. عامل الأسرة – الأبوين كان أكثر استقرارا وأقل غموضا. قدر Kokenes (1974) صدق المقاييس الفرعية بالتحليل العاملي لإجابات 7600 تلميذ مدرسة، وذكر أن هناك 4 أبعاد ثنائية الأقطاب قد تحصل عليها وكانت عالية مطابقة مع الاختبار للمقاييس الفرعية.

الثبات

استخدم الميزان 87 من طلبة المدارس. الاختبارات الأولية للثبات للاختبار – إعادته أقرت معاملا عاليا (0.88) خلال 5 أسابيع و (0.70) خلال 3 سنوات، اعتمادا على العينات لطلبة المدارس (Coopersmith 1967). لذا فهو قياس ثابت خلال الزمن وليس مناسبا للاستخدام الطولي حيث إن التغير يحتاج قياسا. (Coopersmith 1967). اختبارات الثبات باستخدام التجزئة النصفية أوضحت أيضا ارتباطا عاليا (0.90) (Taylor and Reitz 1968). استخدم (Spatz and Johnson 1973) النسخة ذات 50 فقرة للطفل لعدد 600 طالب وقرر معامل اتساق داخلي أعلى من (0.80). وفي دراسة

أخرى كان الاتساق الداخلي منخفضًا على عدد 453 طالبًا جامعيًا (Crandall 1973)، نتيجة ممكنة لتعدد أبعاده.

في المجمل، يبدو المقياس جيد الأبحاث وواسع الاستخدام. هناك محدودية في الوسائل المستخدمة مع العينات من الطلبة لاختبار الثبات والصدق للنسخ الخاصة بالبالغين (Adair 1984).

8

قياسات نوعية الحياة الأوسع

يركز الفصل على قياسات الكبار الأوسع لنوعية الحياة. وهي نظريات متباعدة من قياسات حالة الصحة الأوسع وارتباط الصحة بنوعية الحياة التي سيطرت على مجال نوعية الحياة. تقدر الصحة عاليًا بواسطة الناس، ولكن الصحة الحسنة إحدى المجالات المقدرة من الناس بأنها تعطي نوعية للحياة (Bowling1995, Bowling et al. 2003) .

بغض النظر عن الفروق المفهومية، كثير من الباحثين استخدموا قياسات الحالة الصحية الأوسع لقياس ارتباط الصحة بنوعية الحياة أو حتى نوعية الحياة الأوسع. تم تقييم هذا على أساس للافتراض غير المختبر أن قياس الحالة الصحية الأوسع (مثال SF - 36) تشمل المناطق الأساسية التي بها تستطيع الصحة التأثير على حياة الإنسان (Bowling 1995 ; Ware et al. 1993) ، وهي ذات علاقة للخدمات الصحية. وهي توصل إلى ارتباك في المفاهيم. بالإضافة، زيادة الأمراض الخاصة بنوعية الحياة للقياسات وقد تم تطويرها، مع معايير قليلة من القياسات بين الدراسات (Garrat et al. 2002) وقد سادت الطريقة الواقعية في مراجع نوعية الحياة، مما يعني أن تعريف المصطلحات قد أهمل وانتقاء المقاييس للقياس غالبًا ما كان منشأ لغرض خاص.

عدد كبير من الباحثين غير مسرورين مع الاستخدام التقليدي للقياسات ، أو القياسات بالوكالة ، لنوعية الحياة الذي يركز على الوظائف بدلا من توضيح تعقيد وجهة النظر للناس وتوقعاتهم : وهي نظرية . مثال ، قارن Staniszewska (1999) بين توقعات مرضى القلب لرعاية الصحة مع مجال (SF - 36) وقرر أن المرضى يتبنون طريقة أوسع من التي تحتوى داخل المجالات الثمانية (Sf - 36) للاستبيان ، وذكر توقعات عن قدرتهم على السيطرة على حالتهم وإعادة التأمين ، وتأكيد المستقبل (بعد معرفة ما سوف يحدث لحالتهم ومع زيادة فرصهم في الحياة) أدى هذا أيضًا لتطور المقاييس الشخصية ، تقدم بأساليب معيارية في هذا الفصل .

تغطي نوعية الحياة مدى واسعًا من المواضيع والتنظيمات (انظر الفصل الأول) . وهي مكونة من خبرات (موجبة وسالبة) وكذلك مؤثرات . وهي تصور ديناميكي : تحوي تحديًا إضافيًا للقياس . عند قياس تغير في نوعية الحياة ، تحتاج بعض المتغيرات الأخذ في الحسبان : بما في ذلك التغير الواقعي في الظروف موضع الاهتمام (مثال الصحة) وانحدار المتوسط . هناك عوامل ، تحتاج إلى اعتبار ، تشمل خصائص شخصية ثابتة مثال . التفاؤل قد يؤدي بالناس إلى المساعدة في التمكن من التعامل مع الظروف المتدهورة ، مؤديًا إلى تقييم متفاءل لنوعية الحياة على أنها أعلى . (Pearlin and Schooler et al. 1978 ؛ Scheier and Carver 1985 ؛ Diener et al. 1991 ؛ Sprangers and Schwartz 1999 ؛ Brissette et al. 2002) .

المعرفة ذات العلاقة أو المؤثرات المستخدمة في تغيير الظروف تشمل أيضًا عمل مقارنات لموقف الشخص مع الآخرين الأفضل أو الأسوأ ، خفض التباين المعرفي (التفضيل الدفاعي للظروف التي سبق التعايش معها) ، إعادة تنظيم الأهداف والقيم وتغير الاستجابات . سواء بقصد أو بدون : يمكن للأشخاص ضبط الظروف المتدهورة لأنهم يريدون الإحساس بشعور أفضل بقدر الإمكان عن أنفسهم . جذور هذه العملية

في نظرية التحكم مع أهداف التوازن. انحراف الإجابات يرجع إلى عملية تغير المعيار الداخلي والقيم وبالتالي الإدراك لنوعية الحياة (Sprangers and Schwartz 1999). ركز (Albrecht and Devlieger 1999) على المصير لماذا عدد كبير من الناس بإعاقات دائمة أو خطيرة قررت أن نوعية حياتهم جيدة أو ممتازة. بينما ينظر إلى حياتهم على أنها غير مرغوبة من الملاحظين الخارجيين. أوضحت المقابلات العميقة على الناس أن اعتبار نوعية الحياة يعتمد على إيجاد توازن بين الجسد، العقل والذات (الروح) وعلى إقامة وبقاء علاقة متناغمة، تدعم نظرية التوازن.

استخدم بعض باحثي نوعية الحياة تقنية اختبار – ثُمَّ لاختبار التغير في المعايير الداخلية. بهذه الطريقة، المستجيبون يسألون عن إدراكهم لموقفهم عند خط الإحساس (Tn)، ثم في المتابعة (Tn + 1). مع الأسئلة الاسترجاعية في المتابعة عن كيفية إدراك أنفسهم في كونهم على خط الأساس. (اختبار ثُم لـ Tn). تحليل ومقارنة التسجيلات يشير إلى انحراف الإجابة وتغير في نوعية الحياة (Joore et ; Sprangers et al. 1999 al. 2002). اختبار الثبات والصدق لهذه الطرق يجب أن تختبر كاملة.

تمثل شخصية وتكامل نوعية الحياة تحديًا ليس فقط للتصميم لمقاييس قياس نوعية الحياة ومكوناتها (صدق المحتوى)، وكذلك لتسجيلها و / أو وزنها. إذا أعطت مقاييس القياسات وزنًا متساويًا لمجموعة المجالات الفرعية لنوعية الحياة فمن غير المناسب أن المجالات سوف يكون لها مدلول متساوٍ لمختلف المجموعات الاجتماعية والأشخاص بينهم. حتى حيث توزن المقاييس فمن غير المناسب أن الوزن سوف يكون مناسبًا للاستخدام لمختلف المجموعات الاجتماعية والأفراد. زيادة على ذلك فإن المراجع التي تقارن الأوزان المعيارية وغير الموزونة (المجمعة) للموازين سواء عن أحداث الحياة / قناعة الحياة أو الحالة الصحية – التقارير الشاملة توضح عدم وجود فائدة من طرق الوزن المعقدة فوق البسيطة المجمعة للتسجيلات بالنسبة لنسب المتغيرات المفسرة

أو حساسية التغير على مر الزمن (Jenkinson et al. ؛ Andrews and Crandall 1976 1991) . هناك بعض التجارب تمت لاختبار القيم المختلفة، التي يمكن أن تتصل بالأوزان مثل الأهمية النسبية، القناعة أو إتمام الهدف والفراغ ("المقارنة الاجتماعية" و "التوقعات") التي تقيِّم الأفراد .

هذا الفصل يختبر المقياس الأوسع لنوعية الحياة التي تطورت خارج مجال المرض الخاص . ومقاييس LASA و Spitzer هي استثناء وطورت للاستخدام مع مرضى السرطان . وهي تقدم هنا لأن الباحثين يطورون الأشكال (أي استخدام مقياس LASA للاستجابة ومقياس Spitzer الأحادي لنوعية الحياة) ، طورت نوعية الحياة الأوسع في الصحة العقلية ، حيث إنها مرض تخصصي خاص ومحدد للأبحاث في الصحة العقلية لم ترد هنا (ويمكن مراجعتها في كتاب Meassuring Disease ، Bowling 2001) .

WHOQOL

يُعرِّف القانون الأساسي لنظمة الصحة العالمية WHO (1947) الصحة على أنها "حالة من الرفاهة الكاملة البدنية والعقلية والاجتماعية) ليس فقط غياب المرضى. . ." لذا فإن قياس ناتج الصحة يجب أن يشمل ليس فقط تقييم التغيير الإكلينيكي ولكن رفاهة أوسع والصحة المرتبطة بنوعية الحياة WHO في تعاون مع 15 مركزاً عالميًا ، طُوِّر جهازان لقياس نوع الحياة WHO-QOL-100 و WHOQOL-BREF والمفروض استخدامها في مدى واسع لمجالات ثقافية ، لتمكين مختلف السكان للمقارنة (WHOQOL Group 1994, 1996) . وفي أثناء تطوره للاستخدام في المجال الإكلينيكي ، فإن الأبحاث الإكلينيكية والسياسية على الناتج وكذلك على تدقيق الحسابات ، قد صُممت أجهزة WHOQOL عمومًا لتعكس تعريف مجموعة(1993) WHOQOL لنوعية الحياة على أساس إدراك الفرد لموقعهم في مجال لأجهزة الثقافة والقيم، وفي علاقة لأهدافهم: توقعاتهم ، معاييرهم واهتمامهم . لقد نظروا إلى نوعية

الحياة على أنها لا تقتصر على الأبعاد الصحية ولكن لمدى واسع وتتأثر بالصحة البدنية للشخص، الحالة النفسية، المعتقدات الشخصية، العلاقات الاجتماعية وعلاقتهم بالبيئة المحيطة.

WHOQOL طور من العبارات المجمعة من المرضى الذين لهم حالات مرضية متنوعة. التخصصات وناس أصحاء وقد استكشفت بواسطة متخصصين ومجال نوعي. واختبر للصدق والثبات على 250 شخصًا و 50 مستجيبا صحيحًا في المراكز الـ15 المشاركة. احتوى الجهاز الأصلي على 300 فقرة وهذه خفضت إلى 100 والمكونة للجهاز الحالي WHOQOL-100 . WHOQOL-BREF هي نسخة مختصرة من 26 فقرة WHOQOL-100 – طورت باستخدام بيانات من الأبحاث عن الجهاز الأصلي (WHOQOL Group 1998b). ولا تزال الأبحاث مستمرة على الخصائص النفسية للأجهزة.

جهاز WHOQOL يقيم نوعية الحياة من خلال المواقف، أضيفت المجموعات الدراسية لتجميع معلومات إضافية من المجموعات الخاصة (كبار السن، اللاجئين، التهاب، مرضى السرطان كبدي / إيدز).

استخدم WHOQOL عن طريق المقابلات: على الرغم أن WHOQOL-BREF يمكن استخدامه ذاتيًا. يستغرق الجهاز الكامل 10 - 20 دقيقة من زمن الاستخدام. ومتوفر بعشرين لغة مختلفة، واختيرت كل ترجمة للتوازن الثقافي. وتوجد طريقة متوفرة لترجمات إضافية، كما يوجد كتيب توضيحي متوفر من المتطورين.

يتكون WHOQOL-100 من 6 أبعاد عريضة لنوعية الحياة، 24 وجه لنوعية الحياة، (4 فقرات لكل وجه)، 4 فقرات عامة تغطي نوعية الحياة الشخصية والصحة العامة). كل هذا أنتج 100 فقرة في المجمل. المجالات (والأوجه التي يمكن تطبيقها) على WHOQOL-100 تؤدي إلى تسوية للمجالات الكلية و 6 مجالات خاصة: نوعية الحياة الكلية والصحة العامة: (1) الصحة البدنية (الطاقة والتعب: الألم وعدم

الارتياح، النوم والراحة)؛ (2) النفسي: صورة الجسم والمظهر؛ الشعور السلبي والإيجابي؛ احترام الذات؛ التفكير، التعلم، الذاكرة والتركيز)؛ (3) مستوى الاستقلالية (الحركة؛ النشاط اليومي، الاعتماد على المساعدات الطبية، القدرة على العمل)؛ (4) العلاقات الاجتماعية (علاقات شخصية؛ دعم اجتماعي؛ نشاط جنسي)؛ (5) البيئة (المصادر المالية؛ الحرية، الأمان البدني والأمان العام) الصحة والرعاية الاجتماعية: سهولة المنال والجودة بيئة المنزل؛ فرص الحصول على معلومات جديدة ومهارات المشاركة في: وفرص العمل / الترفيه؛ البيئة البدنية (التلوث / الضجيج / المرور / الطقس)؛ وسائل المواصلات)؛ (6) الروحانيات / التدين / المعتقدات الشخصية (الوجه الأوحد: الروحانيات / التدين / المعتقدات الشخصية).

تحليل التركيب العاملي WHOQOL-100 يشير إلى أن المجالين (1) و (3) والمجالين (2) و (6) يمكن ضمهما، مؤديًا إلى تكوين 4 مجالات لنوعية الحياة بدلا من 6: بدني؛ نفسي: علاقات اجتماعية: بيئة. يعكس ذلك المجموعات الحالية والتسجيل وهو مدعم بالدراسات الثقافية المتبادلة (Power et al. 1999 ؛ WHOQOL Grodp 1998b).

كل الفقرات مقيّمة على مقياس من خمس نقاط. والزمن اللازم من الأسئلة "في الأسبوعين الماضيين".

المحتوى

يحتوي الآن WHOQOL-100 على 4 مجالات عريضة لنوعية الحياة، 24 وجهًا من نوعية الحياة (4 فقرات لكل وجه)، 4 فقرات عامة تغطي نوعية الحياة الشخصية والصحة العامة). مكونًا 100 فقرة للمجموع. المجالات هي: بدني، سيكولوجي علاقات اجتماعية وبيئة. يحتوي WHOQOL-BREF على فقرتين لنوعية الحياة والصحة العامة وفقرة واحدة لكل من 24 خانة في WHOQOL-100. كل الفقرات

تقيم على مقياس خمس نقاط . الزمن المرجعي للأسئلة هو "في الأسبوعين الماضيين" والأمثلة WHOQOL- 100 هي :

تسأل الأسئلة الآتية عن مدى السعادة ، القناعة ، أو الإحساس برضا عن مختلف مناحي الحياة خلال الأسبوعين الماضيين . مثال عن الأسرة وطاقتك . قرر مدى قناعتك أو عدمها على مظهر من مظاهر حياتك وضع دائرة حول الرقم الذي يحدد أفضل شعور تحس به . والأسئلة عن الأسبوعين الماضيين .

ما مدى قناعتك بنوعية حياتك ؟

عموما ، ما مدى قناعتك بحياتك ؟

ما مدى قناعتك بصحتك ؟

ما مدى قناعتك بطاقتك ؟

غير قانع جداً / غير قانع / لا قانع ولا غير قانع / قانع / قانع جداً

الأسئلة التالية تسأل عن "ما مدى" تجريبك بعض الأشياء في الأسبوعين الماضيين ، مثال ، الشعور الإيجابي مثل السعادة أو الانبساط ، مع خبرات مثل هذه الأشياء ضع دائرة حول الرقم الذي بجوار "كمية متطرفة" . إذا لم يكن لك خبرة بهذه الأشياء ضع علامة حول الرقم الذي بجوار "أبداً بالمرة" . أو أن تضع دائرة على الرقم الذي بينهما إذا كانت إجابتك بين "أبداً بالمرة" و "كمية متطرفة" . الأسئلة عن الأسبوعين الماضيين .

ما مدى إحساسك بالأمان في حياتك اليومية ؟

أبداً / بسيط / متوسط / كثيراً / أقصى مدى

هل تشعر أنك تحيا في محيط آمن ومؤمن ؟

أبداً / بسيط / متوسط / كثيراً جداً / أقصى مدى

ما مدى قلقك على سلامتك وأمنك ؟

أبداً / بسيط / متوسط / كثيراً / أقصى مدى

ما مدى راحة المكان الذي تحيا به ؟

أبداً / بسيط / متوسط / كثيراً / أقصى مدى

ما مدى حبك للمكان الذي تحيا به ؟

أبداً / بسيط / متوسط / كثيراً جداً / كمية متطرفة

التسجيل

أنتج WHOQOL-100 تسجيلات ترتبط بأوجهه الخاصة لنوعية الحياة ، نوع المجال المقياسي ، وتسجيل لنوعية الحياة الكلية ، وتسجيل للصحة العامة . أنتج WHOQOL-BREF مجالا وليس أوجهًا للتسجيل . التسجيل يعطي إلى : البدني ، النفسي ، العلاقات الاجتماعية والبيئية .

الصدق

أجهزة WHOQOL أوضحت بأنها تتكون من محتوى جيد ، متميز ومحتوى صدق على الرغم أن العمل على الصدق والثبات مستمر (WHOQOL Group 1998a, 1998b) ويظهر قبول المستجيبين الجيد لها .

هناك دراسات على الأداء النفسي للأجهزة وسوف يرد هنا . صعوبة مراجعة الخصائص السيكولوجية للأجهزة يكمن في أن الدراسات ترجع إلى النسخ مختلفة اللغة وأمراض مختلفة أو مجموعات سكانية مختلفة . مثال : اختبر Pibernik-Okanovic (2001) الصدق التمييزي للـ WHOQOL-100 مع عدد من

مرضى السكر في كرواتيا وأقر أن، بعد تتبع شهرين، كان حساسًا للتحسن في ظروف المرضى الذين تغير علاجهم، مقارنة بالضابطة. ذكر أن WHOQOL-100 صدق متزامن جيد، أكثر شمولا واستجابة للتغير الإكلينيكي في مقارنة مع (Sf - 36)، في دراسة على أكثر من 100 مريض خارجي بآلام مزمنة في المملكة المتحدة (Skevington et al. 2001).

تسجيل المجالات الخاصة بـWHOQOL-BREF قد أقر بأنه مرتبط عاليًا مع المجالات الأربعة WHOQOL-100 لتسجيل المجالات وهذا الجهاز القصير قد أقر بأن له تميزًا جيدًا وصدق محتوى، واتساقًا داخليًا وثبات الاختبار - إعادته في المسح العرضي للبالغين لعدد 23 دولة (Skevington et al. ؛ The WHOQOL Group 1998b 2004). اختبر WHOQOL-BREF بواسطة Girolamo et al. 2000 لعدد أكثر من 300 شخص للخدمات الطبية الإيطالية. وقد أقروا أن فقط المجالات البدنية والسيكولوجية قادرة على التمييز بين المستجيب المريض والسليم.

على الرغم من اختلاف النتائج، قرر الباحثون في بلاد مختلفة WHOQOL-100، ويستطيع WHOQOL-BREF التمييز بنجاح بين المجموعات المرضية خلال مدى واسع من الظروف، ولديه خصائص سيكومترية جيدة (Struttmann et al 1999 ؛ Fele et al. 2000 ؛ Leplege et al. 2000 ؛ Skevington et al. 2001).

قد نقل سابقًا أن التحليل العاملي WHOQOL-100 دعم 4 مجالات لنوعية الحياة بدلا من 6: البدني، النفسي، العلاقات الاجتماعية والبيئة.

الثبات

نقلت WHOQOL Group (1998a) على الخصائص السيكومترية الأولية بالنسبة

WHOQOL-100 ، أظهرت البيانات المنشورة وغير المنشورة أن الأجهزة ذات الثبات (اختبار - إعادته جيدة ، ومحتوى داخلي جيد (Power et al. 1999 ؛ Skevington 1999) . بينما الاختبارات للثبات في سيرها ، هناك ، بعض الدراسات نقلت النتائج الأولية للثبات للجهاز لنسخ اللغات المختلفة وعلى اختلاف الظروف .

اعتمادية الاختبار - إعادته WHOQOL-BREF قد اختبر بواسطة de Girolamo et al. (2000) في دراسة بإيطاليا ؛ وقد نقلوا ارتباطات بين 0.76 و 0.39 للمجالات . كما نقلوا اتساقًا داخليًا بمدى ألفا (0.65 - 0.80) . في دراسة على 2000 مريض في فرنسا في مختلف العيادات ، نقل Lepiege et al. (2000) أن تناسق النسخة القصيرة كان منخفضًا عن الجهاز الكامل ، ولكنه مقبول : ارتباط فقرات المقياس كان أكبر من 0.40 لثلثي الفقرات و Cronbach alpha كان أعلى من 0.65 لكل المجالات على WHOQOL-Bref . في دراسة Pibernik-Okanovic (2001) على مرضى السكر في كرواتيا وجد أن WHOQOL-100 تنتج كروباش ألفا (076. - 0.95) للمجالات الأربعة .

مع طول WHOQOL-100 ، فإن ميزتها هي عرض مجالها وتطبيقها في الثقافات المختلفة . كما توجد نسخة قصيرة ، مع خصائص سيكومترية جيدة ، لكن الأشكال القصيرة أضعف دائمًا من النسخ الطويلة . الدليل الموجز ، ونسخ اللغة المناسبة للجهاز ، تعليمات التسجيل ، وعلم النحو لضبط الكلمات ، السماح بالاستخدام وغير ذلك من التفاصيل يمكن الحصول عليها من المراكز القومية ذات العلاقة (WHOQOL Group at the WHO in Geneva أو من موقع منظمة الصحة العالمية على الإنترنت : http://www.who.int .

استبيان LEIPAD

طور LEIPAD تحت رعاية المكتب الأوروبي لمنظمة الصحة العالمية لتقييم نوعية الحياة

متعدد الأبعاد لكبار السن الذي يعكس أرجه الوظائف اليومية (بدني ، عقلي اجتماعي وظائفي) (de Leo et al. 1998a, 1998b) . اسم الجهاز المستخرج من المؤسسات لمطوّريه الأساسيين في LEIden ، PADua . الاختبار الحقلي للجهاز ، على أكثر من 500 مريض يعاودون ممارسين عموميين تم في إيطاليا وهولندا وفنلندا .

أدرك المطورون أن تقييم نوعية الحياة أصبح ضيق التركيز بسبب أن الاهتمام في نوعية الحياة كمؤشر ناتج إكلينيكي . هذا التركيز الضيق لم ينظر إليه بأنه مفيد لكبار السن ، وقد قيل إن قياساً أوسع يشمل الناحية المادية ، البدنية ، العاطفية والروحية والرفاهة قد يكون أفضل . هذه المناطق أصبحت أكثر ارتباطاً بالسن بسبب زيادة التغير في خبرات أحداث مختلفة . وهدف المطورين LEIPAD هو تكوين جهاز حساس للتغير يقيّم نوع الحياة شخصياً لكبار السن على حقيقتها وفقرات موضوعية . لذا فإن أساس LEIPAD هو استبيان ذاتي التقرير يحتاج تقييماً ذاتياً لحالة موجودة وتأثيراتها على الحياة اليومية . جادل (De Leo et al. 1998a) الأجهزة الموجودة المتعددة الأبعاد المطورة للاستخدام للكبار كانت طويلة (على الرغم من أن هذه الأجهزة تقييمية وليست استبيانات عن الصحة المرتبطة بنوعية الحياة) وواسعة كمقياس حالة الصحة مع حذف الأبعاد ذات العلاقة (مثال الحالة المعرفية) . LEIPAD الأصلي احتوى على 37 فقرة ، أخذت من استبيانات موجودة أو أوجدت بواسطة المطورين ، خاصة خبراء الطب النفسي ، لذا لم يطور لكبار السن ، ولكنه مؤسس على خبرة "الخبراتي" عن الفقرات الهامة والمجالات المتضمنة . وهذه الفقرات غطت 10 مناطق : صحة بدنية ذاتية الإدراك ، صحة عقلية ، صحة عاطفية ، احترام الذات ، توقع المستقبل ، الأنشطة ونشاط الأجهزة للحياة اليومية ، وظائف اجتماعية وشخصية بينية ، أنشطة ابتكارية ، مواقف مادية ودينية / روحانية . هذه النسخة الأولية لديها جهاز وحيد التركيز لكل الفقرات والإجابة كانت : أبداً / قليلاً / شيء ما / كثيراً جداً مع مقياس من 5 نقاط : من صفر

(مستوى عالٍ للرفاهة) إلى 4 (مستوى منخفض من الرفاهة). البيانات الموضوعية تضمنت وذلك لجمع أساس معلومات: خصائص اجتماعية لعلم السكان، وشخصية، حالة العقل الصغير (Folstein et al. 1975) الأمراض الحالية والعقاقير، مؤشرات الدين / حس الحياة. جادل المؤلفون أن خصائص الشخصية والحالة العقلية يمكن استخدامها للتمييز بين التقرير الذاتي الصالح وغير الصالح.

روجعت الأجهزة وأضيفت فقرتان لتكون 39 فقرة: النوم والوظائف الجنسية. وبسط التسجيل (استخدام مقياس من 4 نقاط من صفر - 3). بعد اختبار أكثر من 2000 شخص، استُخدم نسخ جديدة وعدد الفقرات تمت زيادته إلى 51. أضيفت الأسئلة عن التعب / الطاقة / التركيز / التأثيرات، الميل للمجادلة، الاستياء، المفهوم الذاتي السلبي، القناعة في العلاقات، الثقة في الآخرين، الاهتمام الجنسي، الماليات، القناعة بالعناية الصحية. والسؤال الأخير تم رفعه مع سؤال آخر عن عدم المقدرة على ضبط النفس. مؤدياً إلى نسخة من 49 فقرة، التي اختبرت بواسطة 600 شخص تقريباً لأعمار 65 وما يزيد في إيطاليا، هولندا، فنلندا.

المحتوى

النسخة الحالية من الاستبيان تشمل 49 فقرة ذاتية التقييم، 31منها تكون 7 مقاييس فرعية: وظائف بدنية (5 فقرات)، الرعاية الذاتية (6 فقرات)، الاكتئاب والقلق (4 فقرات)، الوظائف المعرفية (5 فقرات)، الوظائف الاجتماعية (3 فقرات)، الوظائف الجنسية (فقرتان) وقناعة الحياة (6 فقرات).

والفقرات الـ 18 الباقية تقوم بدور منظم لتقييم تأثير الرغبات الاجتماعية والشخصية على تسجيلات المستجيبين: الأمراض الشخصية ذاتية الإدراك (5 أسئلة) من استبيان تشخيص الشخصية - المراجعة لكل من (Hyler and Rieder (1987) عن الغضب، الاستياء، التهيج (4 فقرات)، الرغبة الاجتماعية (3 فقرات من استبيان

Crowne and Marlow (1964)) ، الإيمان الديني (فقرتان) ، احترام الذات (3 فقرات) واستخدام الجهاز يأخذ ما بين 15 - 20 دقيقة . بعض الأمثلة مذكورة أدناه :

مقياس الوظائف الاجتماعية

ما مدى قناعتك مع روابطك الاجتماعية أو العلاقات ؟

هل تشعر بقناعة عاطفية في علاقتك مع الناس؟

هل هناك أحد يمكنك الحديث معه عن الأشياء الشخصية عندما تريد ؟

مقياس احترام الذات

آخذاً كل شيء في الاعتبار ، هل تشعر بالانحطاط عن الآخرين ؟

ما مدى تجنبك الأشياء (الإحجام عن عمل بعض الأشياء) ، نظراً إلى شعورك بالانحطاط ؟

لدي رأي سلبي عن نفسي باستمرار

التسجيل

تسجل كل فقرة شخصية من صفر إلى 3 ، صفر = أحسن حال ، و 3 = الأسوأ . تجمع تسجيلات الفقرات لتكوين مقياس فرعي للتسجيلات وهي : وظائف بدنية (صفر - 15) رعاية خاصة (صفر - 18) ، الاكتئاب والقلق (صفر - 12) ، وظائف معرفية (صفر - 15) ، وظائف اجتماعية (صفر - 9) ، وظائف جنسية (صفر 6) ، قناعة الحياة (صفر - 18) . ومرة أخرى صفر = الأفضل والأعلى = الأسوأ .

إجابة المقياس للفقرات ثنائية نعم / لا . والتسجيل صفر أو 1 (صفر = لا مشاكل والأعلى = أسوأ) تجمع الفقرات لتكوين تسجيل المقاييس الفرعية ، وهي : أمراض الشخصية ذاتية الإدراك (صفر 6) ، الغضب ، الاستياء ، التهيج (صفر - 4) ، رغبة اجتماعية (صفر - 3) ، الإيمان الديني = (صفر 2) ، احترام الذات (صفر - 3) ، هناك مؤشر إجمالي للمقاييس يسجل من صفر = الأحسن ، 93 = الأسوأ .

الصدق

الاختبار الحقلي كان مع حوالي 600 شخص من سن 65 وما يزيد في إيطاليا، هولندا، فنلندا (De Leo et al. 1998a). اختبر المقياس ضد استبيان Rotterdam المستخدم في أوروبا ويقيس الضغط النفسي، والبدني والنشاط اليومي. هناك ارتباط واضح عالٍ على المقاييس الفرعية LEIPAD، وعلى المقاييس الفرعية المماثلة على استبيان Rotterdam، دعمًا لصدق LEIPAD.

اختبر العامل البنائي على عينة 65+، والعينات الفرعية من كل من الدول الثلاث. يظهر ذلك أن الثبات للعوامل الثلاثة كان غير كافٍ. بناء عاملين للمقياس تم دعمه، والذي يحسب أكثر من التغير الكلي، الوظائف النفسية اجتماعية (قناعة الحياة، الاكتئاب والقلق والوظائف المعرفية) والوظائف البدنية (الرعاية الذاتية والوظيفة البدنية).

الثبات

أظهرت نتائج الاختبار الحقلي أن المقياس لديه اتساق داخلي عالٍ للمقاييس الفرعية (De Leo et al 1998a). المقياس الشخصي لعوامل الاتساق الداخلي كانت: الوظائف البدنية (Cronbach's alpha: 0.74)، العناية الذاتية (Cronbach's alpha 0.74)، الاكتئاب والقلق (Cronbach's alpha 0.78)، الوظائف المعرفية (Cronbach's alpha: 0.70)، الوظائف الاجتماعية (Cronbach's alpha 0.78)، الوظائف الجنسية (2 فقرة Pearson's = 0.43) وقناعة الحياة (Cronbach's alpha: 0.61) والاتساق الداخلي المنخفض يعكس مختلف أبعاد الحياة).

معاملات المقياس الفرعي للمنظم كانت: أمراض إدراك الشخصية الذاتية (Cronbach's alpha: 0.63)، الغضب الاستياء، التهيج (Cronbach's alpha:

0.62) ، الإيمان الديني (فقرتان ، الارتباط : 0.62) ، احترام الذات (Cronbach's alpha: 0.63) . هذه المعاملات كانت أقل من المقياس الفرعي الشخصي ، واعتبرها المطور أنها مناسبة .

طور هذا المقياس حديثًا ويحتاج اختبارًا سيكومتريا . في الوقت الذي تكون فيه المقاييس الفرعية طويلة نسبيًا ، تكمن جاذبية الجهاد في بساطته . في الوقت أنه يهدف أن يكون متعدد الأبعاد وله علاقة بكبار السن ، وحذف مجالات رئيسية لها علاقة بهم (مثال الشعور بالتحكم، إدراك الاستقلال والذاتية) . ولكن استبيان نوعية الحياة لكبار السن الذي لا يركن إلى الأمراض هو تطور إيجابي .

CASP - 19

صمم هذا المقياس هيجز وزملاؤه (Higgs et al. 2003 ؛ Hyde et al 2003) لقياس نوعية الحياة في العمر الكبير المبكر واسم الجهاز يعكس محتواه : التحكم Control ، الاستقلال Autonomy ، تحقيق ذاتي Self-realization ، والسرور Pleasure. استخدم المؤلفون التعريفات التالية لمفاهيمهم : التحكم هو قدرة الشخص على التدخل بقوة مع بيئة الاستقلال هو حق الشخص أن يكون حرًا من التداخلات غير المطلوبة من الآخرين ، التحقيق الذاتي والسرور هما الإمساك بالأمور النشطة والعاكسة للإنسان .

طوروا قياسهم المؤسسي على نموذج إرضاء الاحتياجات (Maslow 1954) ، الذي اقترح الإشراف على احتياجات الإنسان اللازمة للثبات والوجود (الفسيولوجي ، للأمن ، الأمان ، الجانب الاجتماعي والانتماء ، احترام الذات) . جادل Maslow أنه إرضاء الاحتياجات الأساسية ، يبدأ الإنسان في أن يطارد الاحتياجات العليا مثل التفعيل الذاتي والاحترام . وجادل Hörnquist (1982) أنه احتياجات الإنسان وهي أساس نوعية الحياة . ويعرف نوعية الحياة من ناحية الاحتياج الإنساني والقناعة لاستكمال هذه

الاحتياجات. بعض الباحثين قد أضافوا إلى نوعية الحياة إلى الصحة العقلية نموذجًا للقناعة أساسه الاحتياج.

هناك ثلاث مراحل لتطور مقياسهم. الأول يشمل الاستشارة مع الخبراء لكبار السن وطرق العمل لتقييم صدق الشكل للنظرية للفقرات ذات العلاقة المنتقاه بواسطة المؤلفين. ثم تم استكشاف الفقرات مع مجموعات من كبار السن كاختبار لمحتوى الصدق، التركيب وزمن الاستكمال. اختبروا صدق المحتوى للقياس في المقابلات التي كانت تتم وجهًا لوجه. أخيرا، مقياس الفقرات 22 استكمل بالبريد مع حوالي 300 شخص سن 65 - 75. بعد التحليل، انخفض المقياس إلى 19 فقرة.

المحتوى

النسخة الحالية للجهاز تحوى 19 فقرة في أربعة مجالات: التحكم، الاستقلال، التحقيق الذاتي والسرور. وهو ذاتي الاستخدام ويحمل مقياسًا ذا 4 فقرات للإجابة عن كل سؤال عادة / ليس عادة / بعض الوقت / أبدًا. والإجابة "ليس عادة" تحمل شيئًا من الاشتباه وتحتاج تبديلا مع شفرة أخرى لتمييزها عن "بعض الوقت" – إجابة عادة / ليس عادة أكثر تناسبًا في الإجابة الثنائية بدلا من شكل الإجابة المتدرجة. بعض الأمثلة للمقياس تظهر أسفل.

التحكم

سنّ تمنعني من عمل الأشياء التي أريدها

أشعر بأن ما حدث لي خارج السيطرة

أشعر بإغفال الأشياء

أشعر أنني أستطيع فعل الأشياء التي أريدها بالاستقلال

تمنعنا المسئوليات العائلية أن أفعل ما أريده

أشعر أنني أستطيع إدخال السرور على نفسي هذا ما أستطيعه

صحتي توقفني من عمل الأشياء التي أريد عملها

نقص المال يمنعني من عمل الأشياء التي أريد عملها

عادةً (3) / ليس عادةً (2) / بعض الوقت (1) / أبداً صفر (بعض الفقرات مقلوبة التشفير)

التسجيل

كل فقرة تحمل تسجيلا من صفر - 3 و 19 فقرة تجمع، لعمل مدى للتسجيل من صفر إلى 57 . مدى المقياس محدد بأنه صفر - "غياب كامل لنوعية الحياة" و 57 (معرّفة بمصطلحات وصفية مختلفة) = "قناعة تامة للأبعاد الأربعة". التسجيل 19 فقرة وزعوا جيداً على طول مدى التسجيل، على الرغم من سالبية الالتواء على نحو وظيفي.

صدق إجابة المقاييس والتسجيل تحتاج إلى تطور إضافي واختبار، على أن ليس كل الفقرات في ترتيب متدرّج (مثال "عادة / ليس عادة / بعض الوقت / أبداً" إجابات تشمل إجابة ثنائية الاختيار ("عادةً" / "ليس عادةً") و "ليس عادةً" اختيار يتراكب مع "بعض الوقت"). شكل مقياس Likerk "عادة جداً" / عادة / بعض الوقت / أبداً"، يستخدم عادة مع بعض الباحثين، ويفضل أن يكون في تطور آخر للجهاز.

الصدق

قيم الصدق والثبات باستخدام بيانات المسح البريدي (Hyde et a. 2003). تم اختبار صدق التزامن جزئياً مع الارتباطات بالمقياس ذي الفقرات الثمان مع مؤشر قناعة الحياة الذي يشمل بعض المواضيع وارتباط قوي بين المقياسين (r = 0.67). والقياس الذي استنبط نظرياً، يحتاج إلى اختبار مع التقييمات الذاتية للأشخاص لنوعية حياتهم، وكذلك قياس أطول وأكثر شمولا لنوعية الحياة.

التحليل العاملي الاستكشافي للجهاز الأصلي (22 فقرة) أكد تحميل خاصية الفقرات خلال المجالات المفهومية الأربعة للجهاز (Higgs et al. 2003). تحليل عاملي منفصل للتسجيلات الأربعة المجمعة للمجالات الأربعة أظهر تحميلا قويًا داعمًا لعامل نوعية الحياة الوحيد. (Hyde et al. 2003).

الثبات

أشار المسح البريدي إلى أن المقياس به اتساق داخلي متوسط إلى مرتفع. مع حذف 2 من الفقرات من المقياس الفرعي للتحكم. ("يأخذ الناس الآخرون رأيي باهتمام" و "أشعر أنني شخص محترم") تجانس المقياس تحسن من Cronbach's alpha 0.29 إلى 0.59. وكذلك، فقرة ("في وقت أفكر أنني لست جيدًا بالمرة") قد ارتفعت من المقياس الفرعي للتحقق الذاتي: تحسن التجانس من 0.59 إلى 0.77. معاملا المقياسين الفرعيين الباقيين لم يتغيرا من عملية الشطب للفقرات (لم تعط معاملات، ولكن مدى Cronbach's alpha للمقاييس الفرعية الأربعة كان بين 0.6 و 0.8). وانخفض بذلك المقياس من 22 إلى 19 فقرة عبر المقاييس الفرعية الأربعة. والارتباط البيني للمقاييس الفرعية كان يتراوح من 0.35 إلى 0.67.

CASP - 19 هو مقياس مطور حديث: توجد بعض المعلومات المنشورة عنه لخصائصه السيكومترية. سر جاذبية CASP - 19 الأساسي هو قاعدته المفهومية القوية في نظرية احتياج الإنسان. يحتاج هذا لاختبار إلى تعريف نوعية الحياة واختبار إضافي لصدقه العام بمجرد التعرف على خصائصه السيكومترية ويتم رفع الإجابة الملتبسة للمقياس، سيظهر CASP - 19 جهازًا مفيدًا قويًا لقياس المجالات: التحكم، الاستقلال، التحقق الذاتي والسرور لكبار السن. من غير الواضح أن هذه المجالات فقط تجعل نوعية حياة أوسع. والباحثون الذين ينشدون قياس خصائص أوسع لنوعية الحياة سيحتاجون تكميله بقياسات أخرى. لكن، المجالات المتضمنة داخل CASP - 19. تعكس بعض الأبعاد التي يعترف بأهميتها لأجل "شيخوخة ناجحة" (Baltes and Baltes 1990).

هناك بعض القياسات تغطي التحكم والاستقلال بدرجة كافية، CASP - 19 هي إضافة مرحب بها.

استبيان نوعية الحياة (QLQ)

صمم Evans and Cope (1994) جهازاً ذاتي التقرير لقياس نوعية الحياة للبالغين (من عمر 18 وما يزيد) في بحث وصفي وفي بحث يقيم ناتج الخدمات العامة. استخدم المؤلفون ذلك في تحليل نوعية الحياة وعلاقته بالصحة البدنية والعقلية والمقاييس المختارة منها ما استخدمت لتقييم تأثير عمليات استزراع الكبد.

المحتوى

يحوي الجهاز 192 فقرة خلال 5 مجالات رئيسية، 15 مقياساً ومقياساً للقبول الاجتماعي. المجالات الخمسة الرئيسية هي:

1. الرفاهة العامة (الرفاهة المادية، الرفاهة البدنية، النمو الشخصي)؛
2. العلاقات الشخصية البينية (الزوجية، علاقة الأبوين والطفل، العلاقات العائلية الممتدة، علاقات عائلية إضافية)؛
3. نشاط تنظيمي (سلوك المحب للغير، سلوك سياسي)؛
4. نشاط وظيفي (خصائص عمل، علاقات بالعمل، قناعة بالعمل)؛
5. نشاط ترفيهي وابتكاري (ابتكار/نشاط رياضي، سلوك إجازات).

صمم هذا الجهاز للاستكمال الذاتي. الوقت المرجعي هو "الوقت الحالي". أمثلة من المقياس:

أجب عما في البيان صح، خطأ. في حالة الموافقة اختر الإجابة "صح" أما إذا لم توافق فاختر "خطأ"

يبدو أنني في عجلة دائماً.

هناك أشياء كثيرة أود لو غيرتها في نفسي.

عملي يسمح لي بالابتكار.

أتعلم الكثير من الأصدقاء.

شكل المقرر به الإجابة ثنائي: صح / خطأ.

يمكن QLQ إنتاج مقياس فردي للتسجيل وتسجيل لنوعية الحياة الكلية.

الصدق والثبات

قرر مطورو QLQ أنه له قدرات تمييزية للصدق وكذلك لديه قدرة جيدة للتنبؤ بالنسبة للناس بمشاكل صحة عقلية، وإساءة في التصرف في الأشياء، ومن يحتاجون إدارة ضاغطة. والارتباط البيني للمقياس، الاختبار - إعادته للثبات، معامل الثبات الداخلي كلها عالية. البيانات الطبيعية تم الإمداد بها من عينات 163 بالغًا و 274 بالغًا. للأسف، نتائج اختبار السيكومتري، عند تجميعها في ملخص يدوي، غير متوفرة للإعلان في مجلة علمية. وهذا القيد سوف يحد بلا شك من استخدامه.

ممنوع تصوير المقياس ويمكن شراؤه مع الكتيب اليدوي من Multi-Health Systems Inc. النسخة بالكمبيوتر متوفرة أيضا، ونسخة قلم وورقة.

التقدير الذاتي للمشابه الخطي (LASA)

طور هذا المقياس لتقييم نوعية الحياة لمرضى السرطان (Priestman and Baum 1976). لأنه استخدم كثيراً مع مدى حالات أخرى، فهو هنا كمثال كمقياس مبني

على رؤية مشابهة للمقاييس (VAS) لمستوى الإجابات . على الرغم من بساطته ، يمكنه أن يطول عند الاستخدام زمنيا ، في حالة عدم استخدامه من قبل المستجيب .

المحتوى

لدى استبيان LASA 25 فقرة ، ترجع 10 منها إلى الأعراض وتأثير الأمراض والعلاج مثال (الألم والغثيان) : خمس يمتحنون النواحي السيكولوجية (مثال القلق والاكتئاب) : خمس قياس مؤشرات بدنية (مثال القدرة على العمل في المنزل) وخمس فقرات تغطي العلاقات الشخصية .

اختبار LASA يشغل خطوطا ، طولها يؤخذ للتعرف على الاستمرارية لبعض التجارب العاطفية والبدنية مثل التعب والقلق (Priestman and Baum 1976) . طول الخط 10 سم مع وقفات على الزوايا الحادة في نهاياته ، ممثلا حدود الخبرات المقاسة . وهي تقنية استخدمت سابقا للأطفال عمر 5 سنوات (Scott et al. 1977) . الأمثلة للفقرات هي :

القدرة على أداء مشتريات

لا أفضل من أي وقت

أخذ القرار

مستحيل – ممتاز

الغثيان

دائما – لا

الشهية

لا – ممتاز

كيف تقيم نوعية حياتك ؟

ضعيف جداً – جيد جداً

التسجيل

يعطى للمريض تعليمات لعمل علاقة على الخط، نقطة تمثل الإدراك للخبرة. المسافة من "أبدًا بالمرة" تعطى علامة للمريض تمثل تسجيلا رقميًا للفقرة. والفقرات تجمع.

الصدق

هناك مراجع كثيرة في المراجع في الصلاحية VAS تقنية المقياس (Melzack 1983). أوضح LASA أن لها قدرة التعرف لاستجابة العلاج لمرضى السرطان (Coates et al. 1987 ؛ Butow et al. 1991 ؛ Demetri et al. 2002). في دراسة عن الأدوية المسكنة للألم للرعاية، أوضحت توازيا في التغيرات مع استبيان نوعية الحياة لمرضى السرطان عن الحالات السيكومترية، الطويلة. (EORTC QLC-C30) (Hedley et al. 2002). في اختبار المقياس Slevin et al. (1988) أوضح أن مقياس LASA ارتبط بضعف مع (HAD) مقياس المستشفى للقلق والاكتئاب واقترح أن السبب في ذلك يرجع إلى الفقرات (HAD) لكونها أقل استخداما لمرضى السرطان. قيم Gough et al. (1983) 100 مريض بالسرطان المتقدم باستراليا، واستخدم LASA وحيد الفقرات. "كيف تقيم شعورك العام للرفاهة اليوم" نسخة LASA ذات 21 فقرة: استخدام ذاتي وخلال المقابلة لخمس فقرات لمؤشر Spitzer QL الذي يغطي النشاط: الحياة اليومية، الدعم الصحي والشكل العام. قيم المريض 4 مرات كل 4 أسابيع فترات بينية ولمدة 12 أسبوعا. كان معامل الارتباط للطرق الأربع (0.38 - 0.86) وسؤال LASA وحيد الفقرة ارتبط وسطيا إلى جيد مع الاستبيانات الثلاثة (0.38 - 0.67). ارتبط LASA-21 من 0.46 إلى 0.65 - مع الفقرات الأخرى. بينما، المقاييس الأقصر أقل ثباتا (Bernhard et al. 2001).

الثبات

ارتباط الاختبار – إعادته LASA (0.73) (Priestman and Baum 1976). واختبر

Selvin et al. (1988) ضد مقياس المستشفى للقلق والاكتئاب، مؤشر Karnofsky وكذلك مؤشر Spitzer لنوع الحياة مع 108 مرضى سرطان بلندن وقرر أن مقياس LASA أظهر معامل وئام مشابه عند أخذه كاملا، مقارنة مع أخذه مقسمًا إلى أربعة أجزاء متساوية، أي أن المقياس المستمر لا يبقى حساسا أكثر من المقياس ذي النقاط الأربع. مجموعتان مختلفتان من 25 مريضًا قد ملئوا في نفس الشكل في يوم واحد، ويوميًا لمدة خمسة أيام، خلال الفترة التي توقع ثبات حالتهم. كما استكمل المحترفون المقاييس بالمقارنة لنفس المرض. ووُجد مقياس LASA سهل الإنتاج، وأكبر من غيره من المقاييس. هناك القليل من المعلومات عن الثبات نشرت له.

على الرغم من بساطته وما قيل عنه إنه منتج ويميز بين المجموعات، سوف يتسبب في مشكلة للمستخدمين لأن بعض المرضى قد يستغرقون بعض الوقت لتصوير أنفسهم لتقديم شعورهم باستمرار. استخدم الباحثون العديد من التطورات للمقياس (Pandey et al. 2000) كما تكيف الكثير على مقياس LASA للاستخدام في غير الأغراض الإكلينيكية. شواهد أكثر للخصائص السيكومترية لمثل هذا فإن VAS مطلوبة.

مؤشر نوعية الحياة لـ سبيتزر (QL INDEX)

مقياس آخر يشمل استخدام مقياس مرئي مشابه، بالإضافة إلى المقاييس البسيطة هو مؤشر نوعية الحياة لـ سبيتزر (Spitzer et al. 1981). ويغطي أبعادًا مشابهة لمقاييس الحالة الصحية الأوسع: النشاط، أداء النشاط للحياة اليومية، إدراك الصحة، دعم من العائلة والأصدقاء وجهة نظر عن الحياة. "هناك مقياس مشترك لنوعية الحياة الكلية للأسبوع الماضي قد تضمن" ويستخدم عادة وحده على الرغم أن المطورين قد خصصوا استخدامه لتقدير نوعية الحياة لمرضى السرطان، المؤشر والمقياس المشترك Uniscale قدم هنا لاستخدامهما العريض في المجال الإكلينيكي وغير الإكلينيكي. خاصة Uniscale استخدم كثيرًا وكُيِّف لتقدير نوعية الحياة.

حدد Spitzer et al. (1981) مكونات نوعية الحياة المرتبطة بالصحة بسؤال الأشخاص العاديين والمتخصصين، وكونوا 3 لجان لتقديم نصائح كل لجنة تتكون من 43 عضواً من سيدني، أستراليا. وتكونوا من مرضى السرطان وأقربائهم، مرضى بأمراض مزمنة وأشخاص سليمة فئة عمرية 20 و 59 وما يزيد عن 60، الأطباء، الممرضات، العاملين الاجتماعيين وغير ذلك من المشاركين. تسلمت إحدى اللجان استبيانا مفتوحا مصمما لاستخراج المعتقدات الفورية عن العوامل التي قد تسرع أو تخفض نوعية الحياة. اللجنة الثانية تسلمت استبياناً أكثر تقدماً يبحث عن آراء مختلف أوجه تعريفات نوعية الحياة. واللجنة الثالثة قيمت النتائج من الأولى والثانية والأهمية النسبية للعوامل الرئيسية. العوامل التي قيمت بأنها مهمة كونت الشكل الأولي لمؤشر QL واختبرت على 339 شخصاً من المرضى. أدت إلى الأبعاد التالية لنوعية الحياة التي ضمت إلى مؤشر QL نهائياً: الأنشطة الأداء الأنشطة اليومية؛ إدراك الصحة؛ دعم العائلة والأصدقاء وجهة نظر عن الحياة.

حذر المؤلفون بأنه غير مناسب للقياس أو لتقسيمات نوع الحياة للأفراد السليمة ظاهرياً (Spitzer et al. 1981) على الرغم أن مقياس Uniscale يستخدم جميع هذه المجموعة. فالمؤشر قصير وسهل الاستخدام. ومتوسط الاستكمال دقيقة واحدة. وهناك استخدامات متعددة لهذا المقياس في المجال الإكلينيكي.

المحتوى

مؤشر QL يتكون من خمس فقرات. كل فقرة تمثل مجالا مختلفاً لنشاط وظائف الحياة: النشاط: أداء الأنشطة اليومية: إدراك الصحة، دعم العائلة والأصدقاء ووجهة نظر عن الحياة. يطلب من المستجيبين أن يؤشروا على العبارات التي تنطبق عليهم. هناك مشاكل مع التفسير إذا ما استطاع المستجيب عمل بعض الواجبات وليس البعض

الآخر هناك نسخة للأطباء للاستكمال بالنيابة عن المرضى. يشمل المقياس المشابه المرئي يقيم Uniscale وفيه يضع المستجيب علامة على خط أفقي يوضح نوع الحياة خلال الأسبوع الماضي (مثبتة في كل طرف بإحكام من أقل نوعية إلى أعلى نوعية). هذا يكرر بواسطة الأطباء لإعطاء تقييم أولي للمستجيب عن نوعية الحياة. يمد وصفًا معياريًا للفقرات. أمثلة على الفقرات هي:

النشاط

لا أعمل بأية طاقة ولا أدرس ولا أعمل واجبات المنزل

الحياة اليومية

أنا قادر على الأكل، الاغتسال، والمرحاض وأن ألبس بدون مساعدة. أقود سيارة أو أستخدم وسيلة نقل عام بدون مساعدة

الصحة

لدي نقص طاقة أو فقط أجهد بعض الوقت.

دعم

لدي علاقة جيدة مع الآخرين وأستقبل دعمًا قويًا من فرد عائلة على الأقل و / أو صديق

وجهة نظر عن الحياة

أنا عمومًا أنظر إلى الأمام إلى الأشياء ولدي القدرة على اتخاذ قراري عن حياتي وما حولي

هذه العبارات محورة للأطباء للتقييم لحالة المرضى

بالنسبة لميزان Spitzer: يضع المستجيب X على الخط لتقييم نوع الحياة:

أقل نوعية حياة ——————————————— أعلى نوعية حياة

التسجيل

تسجيل مؤشر Spitzer QL بسيط. يحتوي على خمس فقرات مع ثلاث إمكانيات للرد. إجابة الفقرة تشمل تسجيل صفر - 2 معطيًا تسجيلاً كاملاً من صفر - 10 يمكن للمقياس أن يجمع في تسجيل واحد أو كل فقرة تقدم منفصلة.

الصدق

سأل Spitzer et al. (1981) 68 شخصًا عاديًا ومحترفًا (مثال طبيب) أن يقيّموا الجهاز. معظمهم حكموا بأنه مُرضٍ والمؤلفون حكموا على المقياس بأن له محتوى صدق. كما اختبروا المقياس للصدق بدعوة 150 طبيبًا لتقييم 879 مريضًا. أقل من ثلثي الأطباء (59%) أقروا بأنهم كانوا في "ثقة عالية" للدقة الخاصة بتسجيلهم. لكن تحليل تسجيل الأطباء أوضح أن التجمع للتسجيل العالي بين الأصحاء وانتشار التسجيل المنخفض لمن كانوا مرضى جدًا، جعل حسًا إكلينيكيًا وأمد شواهد لقدرته التمييزية. الصدق المجمع حكم عليها بأنها كافية بواسطة Spitzer et al. (1981) وهذا من خلال مقارنة تقدير الأطباء والمرضى. عند مقارنة تقدير الأطباء مع تقدير المرضى الذاتي، الارتباط كان متوسط الارتفاع (0.61). أقر المؤلفون أن المقياس كان قادرًا على التمييز بين السليم والمريض بالظروف المختلفة. لم ينو المؤلفون أن يكون مناسبًا لقياس إجمالي نوعية الحياة في السكان. وأقروا أنه لا يميز تمييزًا مناسبًا بين الأشخاص الذين يتمتعون بصحة جيدة (Spitzer et al. 1981).

نقل Gough et al. (1983) أن Uniscale ارتبط فوق 0.60 = r مع مؤشر Karnofsky. المقياس وكذلك Uniscale مرتبطان وسطيًا إلى عالٍ على إجمالي الوظائف والمرضي - الخاص لمقياس نوعية الحياة (Spitzer et al. 1981؛ Mor et al. 1984؛ Morris et al. (1986؛ Mor 1987؛ Sloan et al. 1998). على أساس ثلاث عينات لمرضى السرطان عددهم 2046، نقل Mor (1987) ارتباطًا بين مؤشر QL

ومقياس Karnofsky 0.63 الارتباط متوسط غالبًا بسبب طبيعة المؤشر QL متعدد الأبعاد. وكان الارتباط للفقرات للمقياس مع مقياس Karnofsky 0.13 إلى 0.57. معامل الارتباط لم يكن عاليًا بالقدر الكافي في هذه الدراسات للثقة بأن هذه المقاييس تغطي الأبعاد نفسها. مؤشر QOL نقل عنه أنه قادر على التنبؤ بالموت بين مرضى السرطان (Mor et al. 1984 ؛ Morris et al. 1986)، على الرغم أن Mor (1987) استنتج أنه ليس حساسًا بدرجة كافية للاستخدام كناتج للرعاية. واستخدم في دراسة بأستراليا كناتج لمرضى السرطان الثديي وأنه قادر على التمييز بين المرضى في العلاج المتقطع والمرضى في العلاج المستمر (Coates et al. 1987). نقل Levine et al. (1988) أنه لا يميز بوضوح بين مرضى سرطان الثدي الذين أكملوا أو لم يكملوا العلاج.

استخدم Morris and Sherwood (1987) في USA مؤشر QL لمختلف العينات لمرضى السرطان في مراحله المختلفة استهلت الدراسة على 2000 مريض. نقل ارتباط قوي بين Karnofsky للتقدير لحالة الأداء ومؤشر QL، ودعمًا للاعتمادية البنائية والقدرة التمييزية. مؤشر QL كان قادرًا على التمييز الناجح بين مرضى السرطان الذي أتم التشخيص حديثًا، ومن تحت العلاج، ومن في نهاية المرض. لكنّ، المؤلفين لم يشعروا أنه كاف من حيث الحساسية للاستخدام كناتج في الدراسات المقدرة لتأثير العلاج أو التدخل في حياة المريض. وكان ذلك بسبب قلة حساسية مؤشر الوظائف الاجتماعية للمقياس. راجع أبحاث مؤشر QOL، مؤشر Uniscle كل من Wood-Dauphinee و Williams (1991) وأقرا صدقه المجمع وقدرته على التمييز على أساس الارتباط مع المقاييس الأخرى، وتمييزه بين الأشخاص السليمة والمرضى، والحساسية لمراحل تقدم المرض.

الثبات

على أساس 150 طبيبًا يقيّمون 879 مريضًا، نقل Spitzer et al. (1981) أن التقييم

للاتساق الداخلي أظهر معاملا مرتفعا (0.77)، والارتباط لثبات التقييم البيني كان مرتفعا (0.81). أظهر المقياس ثباتا بين الفقرات معقولا (Morris et al. ؛ Mor 1987 1986 ، Mor et al. 1984). وثبات المقياس مثير للأسئلة. استخدم Slevin et al. (1968) المؤشر مع مقياس LASA، ومقياس Karnofsky، ومقياس المستشفى للقلق والاكتئاب. أكملت المقاييس بواسطة 108 مريضا وأطباءهم في نفس الوقت. مجموعتان من 25 مريضا قد ملئوا الاستبيان في يوم واحد، ويوميا لمدة خمسة أيام متوالية. لم تكن الإنتاجية جيدة كما في مؤشر Karnofsky. أظهر مؤشر Karnofsky ارتباطا مع مؤشر Spitzer (تقديرات المرضى لنوعية الحياة: 0.49) إنتاجية أعلى من غيرها من المقاييس. وكانت الاختلافات في النتائج عن الاختبارات المكررة أدت إلى تساؤل عن اعتمادية مؤشر Spitzer QL. هناك تضارب كبير بين تقييم الأطباء والمرضى عن نوعية الحياة نقلها Slevin et al. (1988)، والتساؤل كان حول صدق التقييم. كما نقل Sloan et al. (1998)، على أساس المرضى بالسرطان المشاركين في العلاج، أن تقييم الأطباء على Uniscale منخفضة عن تقييم المرضى أنفسهم. هذا يدل على أن المرضى بالسرطان، يقيّمون حياتهم أكثر ارتفاعا من الأطباء الذين قيموهم. كما أشار Moinpowr et al. (2000) إلى وجود موافقة ضعيفة بين المرضى وتقييم الأسر لنوعية حياة المرضى باستخدام مؤشر QL. استنتجوا أن التوكيلات بديل ضعيف لضبط إدراك المرضى على نوعية حياتهم. دعم هذه النظرية في دراسات التقييم البديل باستخدام موازين أخرى. مثال، في دراسة مرضى والأصدقاء/الأقارب البدلاء للتقييم للمرضى باستخدام Euro Qol نقل Dorman et al. (1997) أن الموافقة كانت أقل للمجالات الأكثر شخصية مقارنة بالتقييم المباشر الملاحظ للمجالات حيث كانت الموافقة متوسطة التقييم.

جادل Slevin et al. (1988) أن مؤشر QoL يحوي أسئلة غير مواتية لقياس

نوعية الحياة لمرضى السرطان وأن استمرار شهرة مقياس Spitzer على الرغم من ضعف ثبات وصدق المقياس، ناشيء عن ميل الباحثين للاعتماد على القيم الدالة عند تقييمهم موازينهم، وليس على حجم قيمة الارتباط. اعتماد QL على خمس فقرات فقط يعني أنها لا تتلاءم مع الأبعاد المختلفة للصحة المرتبطة بنوعية الحياة. وقد انتقدت لإبعادها المجالات المالية والروحية (McMillan 1996). وتحتاج اختبارات أخرى. ويحتاج إعادة نشر وطبع المقياس لأبحاث أخرى، ويوجد عيب رئيسي هو تداخل لمجموعة أبعاد داخل فقرة واحدة. لكن، المقياس مشهور على الرغم من التحديدات. (Addington-Hall et al. 1990).

قياسات نوعية الحياة الفردية

الصعوبات المفهومية وأساليب البحث الملازمة لأبحاث نوعية الحياة؛ والاعتماد على الاختبار السيكومتري في تطور المقياس على حساب اعتماد المقياس على الفقرات الفردية (Hunt, 1999). دعَم حالة ضبط قيم الشخص نفسه وخبراته. لقد وُجدت طرق نوعية ونصف بنائية للكشف عن نوعية الحياة منذ زمن طويل (مثال استخدام المفكرات اليومية؛ المقابلات ذات العمق عن الأحداث الحاسمة وطرق تاريخ الحياة ومجموعة التقنيات المتشابكة). مع الاحتياج لقياسات نوعية ذات معنى في البحث عن ناتج الصحة، حاول بعض الباحثين إصلاح ما بين الطرق الكمية والنوعية. (Guyatt et al. 1987؛ O'Boyle et al. 1992؛ Browne 1999؛ Ruta et al. 1999). هذه القياسات الفردية تسأل الناس أنفسهم عن أهم شيء في حياتهم أو عن أهم تأثير لظروفهم على حياتهم وتطلب منهم وضع أفضلية لذلك (Joyce et al. 1999).

القياس الفردي يحتاج استخدام الطرق للتسجيل والوزن وهي طُرق معقدة. إجراءات الوزن الفردي تحتاج أيضًا إلى الاستخدام من قائم على المقابلة إلى نتائج صالحة ولتقديم تقديرات إجابة مثلى. هناك شواهد مؤيدة. يُحتاج إليها لاستخدام المقياس

الفردي بما في ذلك الأبحاث وجهد المستجيب. تجب زيادة البحث لمقارنة كمية التنوع المشروح في تقييم نوعية الحياة الذي يتم بوجود وزن فردي، معقد نوعًا ما وطرق تسجيل مقارنة بالطرق الأساسية. في الوقت الذي يكون فيه مقياس الأفراد تطور مرحَّبًا به على المواضيع المعقدة، جادل Fitzpatrick (1999) أن النظرية التي تقدم قياسات أكثر ثباتًا وصدقًا لنوعية الحياة عن القياسات المعيارية تحتاج إلى التأكيد. كما جادل (Tugwell et al. 1990) في أن أيَّ تميز للطرق الفردية للمقياس عن الطرق المعيارية يمكن تفسيره على أن الأجهزة المعيارية تحتوي على "ضوضاء" أكثر من الفقرات التي يقل الاعتماد فيها على المرضى.

أحسن اثنين من القياسات الفردية. جدول تقييم نوعية الحياة الفردية ومؤشر منتج المريض – سوف يتم عرضهما بعد مباشرةً.

جدول تقييم نوعية الحياة الفردية (SEIQol)

هو مقياس عام، فردي لنوعية الحياة (Browne et al. 1997). مؤسس على أن يعمل داخل القيمة النظامية للفرد الذي يقيّم وليس القيمة النظامية للآخرين. ويستخرج خصائصه المعرفية من دراسات نظرية للإدراك وامتدادها لنظرية الحكم الاجتماعي (Joyce et al. 2003).

قياس SEIQol، كونه عامًا وليس قياسًا معتمدًا على الصحة أو المرض، فقد استخدم مع مجموعات كثيرة من المرضى وكبار السن والمعتني بهم (مثل McGee et al. 1991؛ O'Boyle et al. 1992؛ Coen et al. 1993, 1999؛ Browne et al. 1994؛ Hickey et al. 1996. 1997؛ O'Boyle 1996, 1997a, 1997b؛ Waldron et al. 1999؛ Scholzel-Dorenbos 2000؛ Tovbin et al. 2003؛ Wettergren et al. 2003). وهو أيضًا أثر في تطوير SEIQol الذي يقيس الإدراك الفردي لتأثير

مرض السكري على نوعية الحياة (Bradley et al. 1999) . نقل أن SEIQol مقبول للناس، على الرغم من احتياجه إلى مقابلة ؛ مما يحد الدراسات إلى عدد أقل، نظراً إلى التكاليف.

المحتوى والتسجيل

تسمح SEIQol للأفراد بتحديد مناطق الحياة التي يعتبرونها هامة لنوعية الحياة، اعتماداً على قيمهم الشخصية يسأل المستجيبون أن يحددوا خمس مناطق لنوعية الحياة مهمة لهم، ثم يطلب منهم تقييم الحالة الحالية لهم في كل منطقة، وإجمالي نوعية الحياة ؛ أمام مقاييس مرئية مشابهة أفقية، ثم تجدول في رسم بياني باستخدام العواميد بواسطة القائم على المقابلة باستخدام كمبيوتر متنقل.

في طريقة الوزن المباشر (SEIQoL-DW)، المستجيبون يزنون الأهمية النسبية لكل منطقة باستخدام قرص ممغنط يمكن تسجيله الذي يمد الوزن النسبي لكل منطقة. تعرف هذه الطريقة بالوزن المباشر (كتيب عن إجراءات الوزن متوفر .O'Boyle et al 1995) . ويتكون القرص من خمسة أقراص بها في منطقة الوسط، أقراص بها رقائق لكل قرص لون خاص ويعلّم بواسطة القائم على المقابلة لكل منطقة من مناطق الحياة الخمس التي يختارها المستجيب. يمكن للقرص أن يلف حول نفسه لكي ينتج رسماً بيانياً متداخلاً حيث إنّ كل حجم نسبي لكل لون يمثل "منطقة حياه" للوزن الذي يلصقه المستجيب في هذه المنطقة. هناك مقياس به 100 نقطة في محيط الدائرة للقرص، والنسبة التي يمثلها لون كل منطقة يمكن تسجيله من هذا لإنتاج الوزن الفردي للأهمية التي يلصقها كل فرد بكل منطقة للحياة.

أمثلة من SEIQoL-DW

ما هي أهم 5 مناطق في حياتك في الوقت الحالي - الأشياء التي تجعل منك سعيداً أو حزيناً في الوقت الحالي... الأشياء التي تشعر أنها تحدد نوع حياتك؟

والآن بعد تحديد المناطق الخمس الهامة في حياتك السؤال عن تقييم أهمية كل منها في حياتك الآن . وسوف ترى مثلا كيف يتم التقييم . . .

أريدك أن تريني أهمية المناطق الخمس للحياة المذكورة بالنسبة لكل آخر . باستخدام القرص (الذي يدل على SEIQoL-DW) . يقيِّم الناس بعض مناطق الحياة كهامة عن غيرها . هذا القرص يسمح لأن تريني أهمية كل منطقة للحياة بإعطاء المناطق الهامة منطقة أكبر على القرص والمنطقة الأقل منطقة أصغر على القرص .

قسم علم النفس الكلية الملكية للجراحين بأيرلندا 1993 . أعيد النشر بعد الموافقة .

الوزن

توزن نوعية الحياة لأهمية المجالات التي يمكن أن تستخلص بالتبادل . باستخدام تقنية تحليل للحكم الإنساني في أثناء المقابلة ، على الرغم من طريق الوزن المباشر القصير (DW) الموصوفة عاليه مفضلة لكي تخفض الضغوط على الباحث والمستجيب . إنه مستخدم في المقابلة . ويأخذ حتى 30 دقيقة للتوضيح والاستخدام (Browne et al. 1997) .

الصدق

قيمت الاعتمادية جزئيًا . يشير O'Boyle et al. (1992) أن SEIQoL كان حساسًا لنوعية الحياة الفردية . دراسة عن 56 شخصًا من الكبار 65 وما يزيد قادرين على فهم واستكمال SEIQoL بطريقة صحيحة . لكن ، الحالة الصحية لم ترتبط بالإدراك الهام للصحة على خط أساس SEIQoL ، وكان الارتباط منخفضًا بعد مقابلة 12 شهرًا تتبع . الوزن الموضوع على أهمية الصحة لم يزد عن 12 شهرًا دراسة ، على الرغم من انخفاض دال في الحالة الصحية (Browne et al. 1994) . في بحث عن عمليات استبدال عظمة الفخذ ، تم تسمية الصحة بطريقة غير متوقعة أكثر تكرارًا بواسطة المجموعة الضابطة عن

المريضة (O'Boyle et al. 1992) . بين السكان الأصحاء، العلاقات ، الصحة : الأسرة والمال كانت الأكثر تسمية (أكثر من 50٪) وبين مرضى الجهاز الهضمي : الأسرة ، العمل ، الأنشطة الاجتماعية والمتعة، والصحة كانت هي أكثر المجالات تكرارًا (McGee et al. 1991) . هذه الاختلافات في القيم تؤدي إلى تحقيق استخدام المقياس الفردي .

استعمل المقياس بواسطة O'Boyle et al. (1992) في دراسة عن 20 مريض جراحة عظمة الفخذ ، مع تتبع 6 شهور. المقارنات صنعت مع مجموعة ضابطة غير مريضة . أظهر المقياس تحسنا في التسجيل بعد الجراحة . لكن ، قد يظهر SEIQoL صعوبات مع تغير القياس . نوعية الحياة هي مفهوم ديناميكي ويمكن للمرضى تقييم أماكن مختلفة على أنها هامة في المراحل المختلفة في حالاتهم . لذلك ، لأجل إحداث تغير في الدراسات ، فإن الممارسة الموصى بها في الكتيب اليدوي هي أن هناك إشارات جديدة تظهر في كل تقييم . الإشارات المحدثة في الخط الأساسي يجب أن تعطى للمستجيب وإجراءات SEIQoL يجب أن تكرر . هذه هامة للسماح للمقارنة المباشرة بين التقييمات (O'Boyle et al. 1995) .

قارن Lintern et al. (2001) نتائج PGI ، SEIQoL و SF - 36 للمرضى مع تصلب متعدد . نقلوا أن تسجيلات SEIQoL ترتبط أكثر من SF - 36 لأبعاد الصحة والحيوية وتسجيل PGI المرتبط بأبعاد SF - 36 للوظائف البدنية . لقد اقترحوا أن هذه الاختلافات قد تعكس الأسس المفهومية للأجهزة وطلب Neudërk et al. (2001) المرضى بالتصلب تقييم إدراكهم . لصدق SEIQoL ، بروفيل تأثير المرض و SF - 36 ، باستخدام تقييم المقياس المرئي المشابه . تم تقييم صدق SEIQoL على أنه أعلى من كلٍّ من SIP و SF - 36 ، مشيرًا إلى أن المرضى أحسوا أن SEIQoL أكثر تفضيلا لقياس نوعية حياتهم . دراسة Smith et al. (2000) ، نقلت أن SEIQoL ، SF - 36 وجهازي

الأمراض المتخصصة الاثنين، كلها تنقصها الحساسية لتغييرات في الظروف الإكلينيكية عبر الزمن في دراسة لمرضى القلب.

الثبات

تم الاختبار - إعادته لكل من طريقة الوزن المباشر والحكم الإنساني لتحليل الوزن وذلك باستخدام 40 متطوعًا لخط الأساس عند 7 - 10 أيام وبعد 14 - 20 يومًا. الأوزان المكونة بالطريقتين اللتين اختلفتا، في المتوسط ما بين 7.2 - 7.8 نقطة عبر الوقت. الوزن المباشر اختلف مع الزمن بمقدار 4.5 نقطة وتحليل الحكم الإنساني للوزن اختلف 8.4 نقطة (Browne et al. 1997). مؤلفو المقياس أشاروا إلى أن النتائج تقترح استقرارًا بين المرضى المستجيبين. تشير النتائج أن معظم الناس كانوا ثابتين على مبدأ واحد ولكن الأفراد اختلفوا. هناك مشكلة مع اختبار الثبات في حالة SEIQoL هو أن كلتا الطريقتين الوزنيتين أدت إلى مجموع 100. في إعادة الاختبار، إذا كان الوزن المعطى لمنطقة معينة لتغير الحياة، لذا يجب أن يكون لواحد أو أكثر من واحد للمجالات الأخرى.

الأسئلة مفتوحة النهاية في SEIQoL قد أوحت بالتصميم لاستبيان آخر شبه بنائي لاكتشاف نوعية الحياة. مثال. سأل Bowling (1995) عينة قومية من البالغين لعمل قائمة (أهم خمس مناطق هامة للحياة وتحديد الأولوية. حيث إنه كان غير متأكد من الأشياء الهامة لحياة الناس على أنها تعادل نوعية الحياة Bowling et al. (2003) سأل بالتالي عينة من الناس أعمار 65 وأكثر أسئلة مباشرة عن نوعية الحياة، وأكد أن المجالات تتراكب عن قرب: الأسئلة هي:

1 فكر في حياتك، ما الذي يجعلها جيدة أي أنه أيّ الأشياء التي تعطي لحياتك نوعية؟ اذكر قدر ما تشاء من الأشياء التي تحبها؟

2 ما الذي يجعل حياتك سيئة - أي أنه أيّ الأشياء التي تسيء إلى نوعية حياتك؟ اذكر الأشياء التي تريدها؟

3 تذكر الأشياء الجيدة والسيئة التي ذكرت لتوها، ما هي أهمها؟

4 ما الشيء الفريد الذي يمكنه تحسين نوعية حياتك؟

5 ما الشيء الفريد الذي يمكنه تحسين نوعية الحياة الكلية للأشخاص في سنك؟

حالة قوية ممكن حدوثها لاستخدام SEIQoL حيث إنه المكون الأساسي للقياسات الخاصة بالمرضى، على الرغم من أن عملاً أكثر يحتاجه نظراً إلى تعقيده القوي. متوافر كتيب يدوي ونسخة كمبيوتر للجهاز (O'Boyle et al. 1995). تم ترجمته للاستخدام في دول أخرى، منها السويد والدنمارك (Scholzel-Dorenbos 2000؛ Ventegodt et al. 2003؛ Wettergren et al. 2003).

مؤشر إحداث المريض (PGI)

طور PGI بواسطة Ruta وزملائه ويهدف "إلى تطوير جهاز يستخدم للتعرف على الفرق بين آمال الفرد وتوقعاته والحقيقة بطريقة لها معنى ويعتمد عليها في حياتهم اليومية" (Ruta 1992؛ Ruta et al. 1994b, 1999؛ Garratt and Ruta 1999). يبقى التعرف على أن تقييم نوعية الحياة أمر شخصي، والقياس بني على نظرية "الفجوة" أو "مقارنة" (Calman 1984). خلال هذا النموذج، يعرف نوعية الحياة المدى الذي به تقارن الآمال والطموحات بالخبرة، وهدف التدخل هو تضييق "الفجوة" بين التوقعات والحقيقة. وقد أسس جزئياً على مقياس Guyatt et al. (1987) للمرضى وفيه يتم سؤال المرضى عن أهم 5 الأنشطة الخمسة التي تتأثر بحالتهم وعلى طرق التقييم الأولية المستخدمة بواسطة مخططي المدن لتقييم تفضيل المجتمع، وفيه يحدد الناس النقاط بين مجموعة من الخصائص -- من تسهيلات المشتريات إلى حجم الحديقة (Rute et al. 1999).

المحتوى والتسجيل

PGI تكمل في ثلاث خطوات. الخطوة الأولى، يسأل المستجيبون تحديد أهم خمس مناطق في حياتهم ("المتأثرة بحالتهم" إذا تم استخدام نسخ المرضى أو المرض - المحدد).
الخطوة الثانية: تسألهم تقدير مدى السوء (المتأثر بشكل سيئ) يجدون أنفسهم في كل منطقة يختارونها على مقياس من صفر - 100 (صفر = أسوأ تخيل لأنفسهم، 100 تمثل ما يريدون أن يكونوا) هناك 6 صناديق تسمح لهم بتقييم كل مناطق الحياة.
الخطوة الثالثة: يُسأل المستجيبون أن يتخيلوا أنهم يستطيعون تحسين بعض أو كل المناطق التي اختاروها. ثم يتلقوا "نقاطا" للمرور خلال إحدى المناطق أو أكثر التي يريدون تحسينها. النقاط، تمثل الأهمية النسبية للتحسينات القوية في هذه المنطقة، وتمثل وزن الأفراد.

أمثلة من PGI (الصحة)

الخطوة الأولى: تحديد المناطق

- نود أن تفكر في أهم مناطق حياتك (التي تتأثر بصحتك *) رجاء سجل حتى 5 مناطق في الصناديق أسفل.

(* ملحوظة: صحة يشار إليها في نسخة نوعية الحياة المرتبط بالصحة، ولكن ليس في النسخة العامة وفي نسخ المرض المحدد تتم الإشارة إلى الحالة الخاصة)

الخطوة الثانية: تسجيل كل منطقة

في هذا الجزء نود لك أن تسجل المناطق التي ذكرتها في الخطوة 1. هذا التسجيل يوضح مدى السوء الذي أصبت به خلال الشهر الماضي. رجاء سجل كل منطقة من 10 (10 = تماما كما نود أن تكون... 1 = أسوأ ما تتخيل).

الخطوة الثالثة: إنفاق النقاط

نريدك أن تتخيل أن أية منطقة أو كل المناطق في حياتك يمكن أن تتحسن. لديك 12

نقطة متخيلة للاستخدام لترى أية منطقة تود أن تراها بتحسن. استخدم نقاطًا أكثر على المناطق التي تريد أن تراها تتحسن وأقل على المناطق التي ليست مهمة.

ليس عليك إنفاق نقاط في كل منطقة. لا تستطيع إنفاق أكثر من 12 نقطة في الجمل.

د. رونا، جامعة نيوكاسل. تم إعادة النشر بعد الموافقة

لكي تُحدث مؤشرا، التقييم الذاتي لكل منطقة يُضرب بنسب النقاط المعطاة لهذه المنطقة وتجمع للتسجيل بين صفر و 100. يهدف التسجيل أن يقدم المدى الذي تتناسب فيه الحقيقة مع التوقعات في المناطق التي بها تتحسن أحسن قيم المستجيب. هذا، إذن يمثل بناء المؤلفين لنوعية الحياة (Ruta et al. 1999). نسخ الاستخدام الذاتي والمقابلات متوافرة، وكذلك نسخ كبار العامة والصحة والمرض الخاص.

الصدق

اختبر PGI مع 20 مريضًا مبدئيًا، ونسخة بها قائمة لمناطق الحياة قد أحدثت لنسخة استبيان بريدية. هذه تختبر إضافيًا في مسح بريدي لعشرين من المرضى: الذين سبقت مقابلتهم، والاستبيان المطور الأخير. مسح بريدي إضافي لعدد 74 شخصًا محدودين بواسطة الطبيب العام على أنهم يعانون من ألم أسفل الظهر المحدث في الـ47% الذين أرسلوا المسح البريدي مرة أخرى بعد استكماله. 27% كان الرد جزئيّ الاستكمال و 31% كان الرد بلا علامة: مشيرًا أن التدريب معقد جدًا أو يعاني البعض للانتهاء الذاتي (Ruta et al. 1999). تقييم الإجابات للانتهاء الذاتي، في مقابل استخدام المقابلة، نقلت إلى PGI بأنها ثلثا المسح الصحي SF - 36 (Ware et al. 1993). هناك شواهد أن غير المستجيب لنسخ المسح البريدي PGI أقل تعليمًا، في أسفل المجموعات الاجتماعية الاقتصادية (تقاس بامتلاك السكن وغالبًا ما يكونون متقاعدين عن المستجيبين (Ruta et al. 1999). هناك شواهد أن المستجيبين مع مشاكل صحية إدراكية ممن أكملوا PGI صحيحًا هم الأصغر سنًا وممن أنفقوا مدة أطول في التعليم مقارنةً بمن لديهم مشاكل صحية الذين لم يكملوا صحيحًا. (Macduff and Russell 1998).

ارتبط المؤشر جيداً مع مقياس Rand SF - 36 الذي يقيس الألم، الوظائف الاجتماعية، الدور المحدود المنسوب إلى المشاكل البدنية ومع الاستبيان المستخدم. يعكس التسجيل تقييم الأطباء العموميين للشدة. استخدم PGI واختبر بواسطة المطور مع مرضى بالألم أسفل الظهر. نزف طمثي، اشتباه قرحة المعدة ودوالي الأوردة (Ruta et al. 1999). في هذه الدراسات للصدق، الارتباط بين التسجيل PGI و مجالات Ware et al. (1993) لتسجيل SF - 36 كانت ضعيفة إلى متوسطة على الرغم من كونها عالية بوضوح في معظم الأحوال (0.39 إلى 0.06 = r). نقل أن PGI على أنها تكشف علم التغيرات الصغيرة إلى المتوسطة في ثلاثة من 4 شروط درست خلال مدة 12 شهراً. كان أكثر استجابة للتغير عن SF - 36 لذلك ادعى Ruta et al. (1999) أن PGI حساس لنوعية حياة الأفراد مثل القياسات المعيارية. اختبارات إضافية تمت بواسطة المطورين لصدق البناء أوضحت نتائج ضعيفة أو غير دالة. لم يكن معروفاً هل هذا يعكس ضعف نظريتهم، حجم العينة الصغير، أو ضعف PGI (Ruta et al. 1999).

اختبر أيضاً Tully and Cantrill (2000) صدق PGI مع أكثر من 1000 شخص من عمر 65 وأكثر بالالتهاب المفصلي، باستخدام مسح بريدي ومقابلات تتبعية مع عينة فرعية. هذه الإجابات قيمت عالياً عند 78% و 83% على التوالي. نقلوا أن PGI تقابل مع 4 وفشل في مقابلة ستة من معايير الصدق. بينما نظريتهم قد أكدت للارتباط بين PGI ومقاييس قياس تأثير الالتهاب المفصلي، شدة الالتهاب المفصلي ومن بحثوا عن الرعاية الطبية ومن لم يبحثوا، فشل PGI تحديد التغير في الحالة الصحية أو التمييز بين المستجيبين الذين يأخذون مزيلا للالتهاب أم لا. مقابلات المتابعة مع عينة فرعية للمستجيبين قد أوضحت أنه كان هناك مشاكل مع المستجيبين في تفسير التعليمات.

في المقابل، نقل Haywood et al. (2003) في تطبيق مسح بريدي PGI لمرض

التهاب الكاحل، أن الأجهزة لديها معدل إكمال مقبول، نوعية البيانات كانت كافية، ارتبط PGI بوضوح مع استبيان نوعية الحياة الأخرى، وأنجزت مستوى متوسطاً من المسئولية لتغير في الصحة. استخدم (Camilleri - Brennan et al. 2002) PGI قبل وبعد 3 شهور بعد العمليات لعدد 33 من المرضى بسرطان المستقيم. ارتبط PGI بوضوح مع العديد من المجالات (استبيانات أخرى لنوعية الحياة، كان مستجيباً للتحسينات في ظروف بعد الجراحة، وأكثر استجابة للتغير عن SF - 36.

سبق القول (انظر SEIQoL) أن (2001) .Lintern et al وجدوا، في مقارنتهم للمقاييس: أن تسجيل PGI يرتبط جداً مع SF - 36 في بعض الوظائف البدنية، بينما تسجيل SEIQoL كان أكثر قرباً للارتباط مع أبعاد SF - 36 للصحة والحيوية. واقترحوا أن هذه الاختلافات قد تعكس الأسس المفهومية للأجهزة.

أيضاً مثل SEIQoL، فإن PGI قد يقدم صعوبات عند قياس التغير، حيث إن نوعية الحياة متحركة، وإن المرضى قد يقيّمون أماكن مختلفة بأنها هامة في المراحل المختلفة لظروفهم. أيضاً: مثل SEIQoL، عند تكرار الاختبار، إذا كان التسجيل (المقياس) لمنطقة معينة للحياة تغير حيث يجب أن يحدث هذا التغير في التسجيل (الوزن) لواحد أو أكثر من المجالات الأخرى.

الثبات

نقلت نتائج الاختبار – إعادته في خلال أسبوعين بعد الرد على استبيان المتابعة لاثني عشر شهراً) مع مرضى ألم أسفل الظهر نزف طمثي، اشتباه قرح المعدة ودوالي الأوردة بأنها كافية بواسطة المطورين (Ruta et al. 1999). في دراسة مسحية بريدية عن مرضى التهاب الكاحل أورد (2003) .Haywood et al أن معاملات الثبات للاختبار – إعادته لـ PGI كانت عالية (0.80). وفي مسح بريدي على أكثر من 1000 مريض مصاب

بالالتهاب المفصلي أعمارهم فوق 65 سنة أورد Tully and Cakdrill (2002) أن معامل الثبات للاختبار - إعادته منخفضا (0.55) وارتفع إلى (0.67) عندما تم استبعاد المستجيبين ممن قاموا ببعض التفسيرات الخاطئة في التعليمات (وتم التعرف عليها في تتبع المقابلات) . استنتجوا أن الجهاز أظهر اهتمام المريض عن حالته وهو أمر قد لا يمكن لاستبيانات أخرى تحديده .

الخلاصة : إن PGI أقل مناسبةً للاستخدام الذاتي أو البريدي نظراً إلى تعقيده . كثير من الناس يكملونه خطأ (Macduff and Russell 1998) ولذلك فإن استخدام المقابلة مطلوب .

ملحق اختيار موزعين للمقاييس وعناوين مفيدة

Abbreviated Mental Test Score (AMT) 7-item version Professor S Ebrahim, Department of Social Medicine, University of Bristol, Canynge Hall, Whiteladies Road, Bristol, BS8 2PR.

Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) Department of Psychology, Arizona State University, Tempe AZ 85287, USA.

Arthritis Impact Measurement Scales Dr R.F. Meenan, Arthritis Center, Boston University Medical Center, Conte Building, 80 East Concord Street, Boston, MA 02118, USA.

Barthel Index (Granger's modified version and FIM+FAM replacement scale) Dr C.V. Granger, Center for Functional Assessment, Department of Rehabilitative Medicine, University of Buffalo, 232 Parker Hall, 3435 Main Street, Buffalo, NY 14214-3007, USA.

Beck Depression Inventory (BDI) (revised version) Psychological Corporation, 555 Academic Court, San Antonio, TX 78204-2498, USA. http://www.PsychCorp.com (then search for Beck).

CASP-19 Dr Paul Higgs, Centre for Behavioural and Social Sciences in Medicine, University College London, Wolfson Building, Riding House Street, London W1N 8AA, UK.

Cornell Medical Index Withdrawn from use: owned by New York Weill Cornell Medical Centre Archives, 1300 York Avenue, New York, NY 10021, USA.

Consulting Psychologists Press (scale distributors), 3803 East Bayshore Road, Box 10096, Palo Alto, CA 94303, USA

COOP/WONCA Charts Northern Centre for Health Care Research, University of Groningen, Ant. Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen, The Netherlands http://www.globalfamilydoctor.com/coop-wonca/charts

Crichton Royal Behaviour Rating Scale Dr D.J. Jolley, South Manchester Old Age Psychiatry Service, Withington Hospital, Nell Lane, West Didsbury, Manchester M20 2LR, UK

Dartmouth COOP Function Charts Dr Deborah Johnson, Dartmouth COOP Project, Dartmouth Medical School, Hinman Box 7265, Hanover, NH 03755-3862, USA.

EuroQol Dr Frank de Charro, EuroQol Business Manager, PO Box 4443, 3006 DR, Rotterdam, The Netherlands

Family Relationship Index (FRI), Family Environment Scale (FES) Consulting Psychologists Press, 3803 East Bayshore Road, Box 10096, Palo Alto, CA 94303, USA

General Health Questionnaire (GHQ) NFER-NELSON, Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor, Berks SL4 1DF, UK

Geriatric Depression Scale – accessible on http://www.stanford.edu/~yesavage/GDS

Geriatric Mental State (GMS) and CARE Professor J.R.M. Copeland, Department of Psychiatry, Royal Liverpool Hospital, Prescot Street, Liverpool L7 8XP, UK.

Hamilton Depression Rating Scale Professor M. Hamilton, Department of Psychiatry, University of Leeds, Woodhouse Lane, Leeds LS2 9JT, UK. Structured interview version: Dr M. Potts, Department of Social Work, California State University, 1250 Bellflower Blvd, Long Beach, CA 90840-0902, USA.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) NFER-NELSON, Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor, Berks SL4 1DF, UK.

Interview Schedule for Social Interaction Professor A.S. Henderson, NH & MRC Social Psychiatry Research Unit, Australian National University, Canberra ACT 0200, Australia.

Karnofsky Performance Scale To view the scale: http://www.acsu.buffalo.edu/~drstall/assessmentools

MAPI Research Institute – produces published reviews, QoL newsletter and database of broader health status and health-related quality of life instruments. MAPI Research Institute, 27 rue de la Villette, 69003, Lyon, France. http://www.qolid.org

McGill Pain Questionnaire (MPQ) Professor R. Melzack, Department of Psychology, Stewart Biological Sciences Building, McGill University, 1205 Docteur Penfield Avenue, Montreal, Quebec H3A 1B1, Canada.

McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ) Dr L. Chambers, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University Health Sciences Center, 1200 Main Street West, Hamilton, Ontario L8N 3Z5, Canada.

Mind Garden – distributor of many popularly used psychological measures http://www.mindgarden.com/Assessments/Info/

Montgomery-Asberg Depression Rating Scale Professor S.A. Montgomery, Department of Psychiatry, Paterson Centre for Mental Health, 20 South Wharf Road, London, W2 1PD, UK.

Network Typology: The Network Assessment Instrument Professor G.C. Wenger, Centre for Social Policy Research and Development, University of Wales, Bangor, Gwynedd LL57 2DG, Wales. Training pack for practitioners from: Pavilion Publishers, 8 St George's Place, Brighton, East Sussex, BN1 4GB, UK.

NFER-Nelson (scale distributors – mainly psychological), Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor, Berks SL4 1DF, UK.

Nottingham Health Profile (NHP) Galen Research, Southern Hey, 137 Barlow Moor Road, West Didsbury, Manchester M20 8PW, UK.

Older Americans' Resources and Services Schedule (OARS) Dr H.J. Cohen, Center for the Study of Aging and Human Development, Box 3003, Duke University Medical Center, Durham, NC 27710, USA.

Patient-assessed Health Instruments Group, Unit of Health-Care Epidemiology, Institute of Health Sciences, Old Road, Oxford, OX3 7LF. http://phi.uhce.ox.ac.uk contains a bibliography of health instruments.

Patient Generated Index (PGI) Dr Danny Ruta, School of Population and Health Sciences, University of Newcastle, William Leech Building, The Medical School, Framlington Place, Newcastle upon Tyne, NE2 4HH, UK.

Philadelphia Geriatric Center Morale Scale Dr M.P. Lawton, the Edward and Esther Polisher Research Institute, Philadelphia Geriatric Center, 5301 Old York Road, Philadelphia, PA 19141-2996, USA.

Psychological Corporation (scale distributors), 555 Academic Court, San Antonio, TX 78204-2498 USA.

Psychological Tests – indexes psychological tests by subject. http://www.nzcer.org.nz/tests/psychologicaltest

Quality of Life Questionnaire In the USA, P.O. Box 950, North Tonawanda, New York, 14120-0950; 1 800-456-3003; In Canada, 3770 Victoria Park Ave., Toronto, ON, M2H 3M6. Internationally +1 416-492-2627, Fax: +1-416-492-3343.

Quality of Well-Being Scale (QWBS) Professor R.M. Kaplan, Division of Health Care Sciences, School of Medicine, University of California, 9500 Gilman Drive, La Jolla, CA 92093-0622, USA.

Rand Health Insurance/Medical Outcomes Study Batteries and Scales; Rand 36-item Health Survey; Rand-12 Rand Health Sciences Program, Distribution Services, 1700 Main Street, PO Box 2138, Santa Monica, CA 90407-2138, USA; http://www.rand.org

Satisfaction with Life Scale Professor E. Diener, Department of Psychology, University of Illinois at Urbana-Champaign, 603E Daniel Champaign, IL 61820, USA.

Scales of Psychological Well-Being Dr Carol Ryff, Department of Psychology, Brogden Hall, University of Wisconsin, Madison, WI 53706, USA.

SEIQoL Professor C.A. O'Boyle, Department of Psychology, Medical School, Royal College of Surgeons in Ireland, Mercer Building, Mercer Street, Dublin 2, Ireland.

Short-Form-36, Short Form-12, Short Form-8. For details and permission to use: http://www.qualitymetric.com/SF-36. Technical queries and copies of manuals: The Health Assessment Lab., The Health Institute, NEMCH Box 345, 750 Washington Street, Boston, MA 02111, USA

Short-Form 36, Rand-12 (Rand versions) Rand Health Sciences Programme, 1700 Main Street, PO Box 2138, Santa Monica, CA 90407-2138, USA.

Sickness Impact Profile (SIP) Health Policy and Management, School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, 624 North Broadway, Baltimore, MD 21205-1901, USA

Social Network Scale (SNS) Department of Psychology, University of Illinois at Chicago, P.O. Box 4348, Chicago, IL 60680, USA.

Social Support Questionnaire Professor I.G. Sarason, Department of Psychology, University of Washington, Mail Stop NI-25, Seattle, WA 98195, USA

Social Support Scale Dr C.D. Sherbourne, Rand, 1700 Main Street, Santa Monica, CA 90407-2138, USA.

State-Trait Anxiety Inventory purchasable from Mind Garden, http://www.mindgarden.com/Assessments/Info/

Stanford Arthritis Center Health Assessment Questionnaire (HAQ) Dr J.F. Fries, Department of Medicine, Room S-102B, Stanford University School of Medicine, Division of Immunology and Rheumatology, Stanford CA 94305, USA. (trex@stanford.edu; http://aramis.stanford.edu)

Tennessee Self-Concept Scale Western Psychological Services, 12031 Wilshire Blvd, Los Angeles, CA 90025-1251, USA.

Tests and Measures in the Social Sciences – alphabetical index and references for tests: http://www.libraries.uta.edu/helen/tests

Western Psychological Services (scale distributors – psychology), 12031 Wilshire Blvd, Los Angeles, CA 90025-1251, USA.

WHOQOL The WHOQOL Group, Division of Mental Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

Zung's Self Rating Depression Scale DISTA Products, Eli Lilly Corporate Center, Indianapolis, IN 46285, USA.

مراجع

Aaronson, N.K. (1993) The EORTC QLQ-C30. A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology (abstract). *Quality of Life Research*, 2: 5…

Aaronson, N.K., Acquadro, C., Alonso, J. *et al.* (1992) International quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality of Life Research*, 1: 349–51.

Abbey, A. and Andrews, F.M. (1986) Modelling the psychological determinants of life quality, in F.M. Andrews (ed.) *Research on the Quality of Life*. Michigan, Ann Arbor: Survey Research Centre, Institute for Social Research, University of Michigan.

Abelin, T., Brzezinski, Z.J. and Carstairs, V.D.L. (eds) (1986) *Measurement in Health Promotion and Protection*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, European Series no. 22.

Abramson, J.H., Terespolsky, L., Brook, J.G. *et al.* (1956) Cornell Medical Index as a health measure in epidemiological surveys. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 19: 103–10.

Ada, L., Dean, C.M., Hall, J.M. *et al.* (2003) A treadmill and overground walking programme improves walking in persons residing in the community after stroke: a placebo-controlled randomized trial. *Archives of Physical Medical Rehabilitation*, 84: 1486–91.

Adair, F.L. (1984) Coopersmith Self-Esteem Inventories, in D.J. Keyser and R.C. Sweetland (eds) *Test Critiques*. Vol. I. Kansas City, MI: Test Corporation of America.

Adams, B.N. (1967) Interaction theory and the social network. *Sociometry*, 30: 64–78.

Addington-Hall, J.M., MacDonald, L.D. and Anderson, H.R. (1990) Can the Spitzer Quality of Life Index help to reduce prognostic uncertainty in terminal cancer? *British Journal of Cancer*, 62: 695–9.

Affleck, J.W., Aitken, R.C.B., Hunter, J. *et al.* (1988) Rehabilitation status: a measure of medico-social dysfunction. *Lancet*, i: 230–3.

Agrell, B. and Dehlin, O. (1989) Comparison of six depression rating scales in geriatric stroke patients. *Stroke*, 20: 1190–4.

Albrecht, G.L. and Devlieger, P.J. (1999) The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science and Medicine*, 48: 977–88.

Alden, D., Austin, C. and Sturgeon, R. (1989) A correlation between the Geriatric Depression Scale long and short forms. *Journal of Gerontology*, 44: 124–5.

Alonso, J., Anto, J.M., Gonzalez, M. *et al.* (1992) Measurement of general health status of non-oxygen-dependent chronic obstructive pulmonary disease patients. *Medical Care*, 30: 125–35 (suppl. 5).

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd edn. Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn. Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th revised edn. DSM-IV-TR (text revision). Washington, DC: APA.

American Psychological Association (1974) *Standards for Educational and Psychological Tests*. Washington, DC: APA.

Anderson, J., Sullivan, F. and Usherwood, T.P. (1990) The Medical Outcomes Study Instruments (MOSI) use of a new health status measure in Britain. *Family Practice*, 7: 205–18.

Anderson, J.P., Kaplan, R.M., Coons, S.J. and Schneiderman, L.J. (1998) Comparison of the quality of well-being scale and the SF-36 results among two samples

of ill adults: AIDS and other illnesses. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51: 755–62.

Anderson, R. (1988) The quality of life of stroke patients and their carers, in R. Anderson and M. Bury (eds) *Living with Chronic Illness: The Experience of Patients and Their Families*. London: Unwin Hyman.

Anderson, R., Davies, J.K., McQueen, D.V. *et al.* (1989) *Health Behaviour Research and Health Promotion*. Oxford: Oxford University Press.

Anderson, R.T., Aaronson, N.K. and Wilkin, D. (1993) Critical review of the international assessments of health related quality of life. *Quality of Life Research*, 2: 369–95.

Andersson, E. (1993) The Hospital Anxiety and Depression Scale: homogeneity of the subscales. *Journal of Social Behavior and Personality*, 21: 197–204.

Andrews, F.M. (1974) Social indicators of perceived life quality. *Social Indicators Research*, 1: 279–99.

Andrews, F.M. (ed.) (1986) *Research on the Quality of Life*. University of Michigan: Institute for Social Research, Michigan.

Andrews, F.M. and Crandall, R. (1976) The validity of measures of self-reported well being. *Social Indicators Research*, 3: 1–19.

Andrews, F.M. and McKennell, A.C. (1980) Measures of self reported well being: their affective, cognitive and other components. *Social Indicators Research*, 38: 127–55.

Andrews, F.M. and Robinson, J.P. (1991) Measures of subjective well-being, in J.P. Robinson, P.R. Shaver and L.S. Wrightsman (eds) *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. London: Academic Press, Inc.

Andrews, F.M. and Withey, S.B. (1974) Developing measures of perceived life quality: results from several national surveys. *Social Indicators Research*, 1: 1–26.

Andrews, F.M. and Withey, S.B. (1976) *Social Indicators of Well-being. Americans' Perceptions of Life Quality*. New York: Plenum Press.

Andrews, G., Peters, L. and Teeson, M. (1994) *The Measurement of Consumer Outcome in Mental Health: A Report to the National Health Information Strategy Committee*. Sydney: Clinical Research Centre for Anxiety Disorders.

Anke, A.G. and Fugl-Meyer, A.R. (2003) Life satisfaction several years after severe multiple trauma – a retrospective investigation. *Clinical Rehabilitation*, 17: 431–42.

Antonelli Incalzi, R., Cesari, M., Pedone, C. *et al.* (2003) Construct validity of the abbreviated mental test in older medical in-patients. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 15: 199–206.

Antonovsky, A. (1987) *Unravelling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Antonovsky, A. (1990) A somewhat personal odyssey in studying the stress process. *Stress Medicine*, 6: 71–80.

Antonovsky, A. (1993) The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, 36: 725–33.

Antonovsky, A. and Sagy, S. (1986) The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *Journal of Social Psychology*, 126: 213–25.

Arfwidsson, L., Elia, G., D'Laurell, B. *et al.* (1974) Can self-rating replace doctors' rating in evaluating antidepressive treatment? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 50: 16–22.

Argyle, M., Martin, M. and Crossland, J. (1989) Happiness as a function of personality and social encounters, in J.P. Forgas and J.M. Innes (eds) *Recent Advances in Social Psychology: An International Perspective*. North Holland: Elsevier Science Publishers.

Arnau, R.C., Meagher, M.W., Norris, M.P. and Bramson, R. (2001) Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychology*, 20: 112–19.

Atchley, R.C. (1976) Selected social and psychological differences between men and women in later life. *Journal of Gerontology*, 31: 204–11.

Aure, O.F., Nilsen, J.H. and Vasseljen, O. (2003) Manual therapy and exercise therapy in patients with chronic low back pain: a randomised, controlled trial with 1-year follow-up. *Spine*, 28: 525–31.

Aylard, P.R., Gooding, J.H., McKenna, P.J. and Snaith, R.P. (1987) A validation study of three anxiety and depression self-assessment scales. *Psychosomatic Research*, 31: 261–8.

Baker, F. and Intagliata, J. (1982) Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5: 69–79.

Balaswamy, S. and Richardson, V.E. (2001) The cumulative effects of life events, personal and social resources on subjective well-being of elderly widowers. *International Journal of Aging and Human Development*, 53: 311–27.

Ball, R. and Steer, R.A. (2003) Mean Beck Depression Inventory-II scores of out-patients with dysthymic or recurrent episode major depressive disorders. *Psychological Reports*, 93: 507–12.

Baltes, P. and Baltes, M. (1990) Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimisation with compensation, in P. Baltes and M. Baltes, *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press.

Banks, M.H. (1983) Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample. *Psychological Medicine*, 13: 349–53.

Bardelli, D. and Saracci, R. (1978) Measuring the quality of life in cancer clinical trials: a sample survey of

published trials, in P. Armitage and D. Bardelli (eds) *Methods and Impact of Controlled Therapeutic Trials in Cancer*. Geneva: Unione Internationale Contre le Cancer. Technical Report Series, No. 36.

Barrera, M. (1980) A method for the assessment of social support networks in community survey research. *Connections*, 3: 8–13.

Barrera, M. (1981) Social support in the adjustment of pregnant adolescent assessment issues, in B.H. Gottlieb (ed.) *Social Networks and Social Support*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Barrera, M. and Ainlay, S. (1983) The structure of social support: a conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*, 11: 133–43.

Barrera, M., Baca, L., Christiansen, J. *et al.* (1985) Informant corroboration of social support network data. *Connections*, 8: 9–13.

Barry, M.M. (1997) Well-being and life satisfaction as components of quality of life in mental disorders, in H. Katschnig, H. Freeman and N. Sartorius (eds) *Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley and Sons, Chichester.

Bech, P. (1981) Rating scales for affective disorders: their validity and consistency. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl. 290: 1–101.

Bech, P., Gram, L.F., Dein, E. *et al.* (1975) Quantitative rating of depressive states. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 51: 161–70.

Beck, A.T. (1970) *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.

Beck, A.T. and Beck, R.W. (1972) Screening depressed patients in family practice: a rapid technique. *Postgraduate Medicine*, 52: 81–5.

Beck, A.T., Mendelson, M., Mock, J. *et al.* (1961) Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4: 561–71.

Beck, A.T., Rial, W.Y. and Rickels, K. (1974) Short form of depression inventory: cross validation. *Psychological Reports*, 34: 1184–6.

Beck, A.T., Steer, R.A. and Garbin, M.G. (1988) Psychometric properties of The Beck Depression Inventory: twenty five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8: 77–100.

Beck, A.T., Steer, R.A. and Brown, G.K. (1996*a*) *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.

Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R. and Ranieri, W. (1996*b*) Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric out patients. *Journal of Personality Assessment*, 67: 588–97.

Becker, M. (1974) The health belief model and personal health behaviour. *Health Education Monographs*, 2: 32–73.

Beckie, T.M. and Hayduk, L.A. (1997) Measuring quality of life. *Social Indicators Research*, 42: 21–39.

Bedford, A. and Deary, I.J. (1997) The personal disturbance scale (DSSI/SAD): development, use and structure. *Journal of Personality and Individual Differences*, 22: 493–510.

Bedford, A., Foulds, G.A. and Sheffield, B.F. (1976) A new personal disturbance scale (DSSI/SAD). *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15: 387–94.

Benjamin, S., Decalmer, P. and Haran, D. (1982) Community screening for mental illness: a validity study of the General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 140: 174–80.

Benner, P. (1985) Quality of life: a phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. *Advances in Nursing Science, Special Issue: Quality of Life*, 8: 1–14.

Bentham, J. (1834) *Deontology*. Oxford: Clarendon Press, reprinted 1983.

Berg, R.L., Hallauer, D.S. and Berk, S.N. (1976) Neglected aspects of the quality of life. *Health Services Research*, 11: 391–5.

Berglund, G., Liden, A., Hansson, M.G. *et al.* (2003) Quality of life in patients with multiple endocrine neoplasia type 1 (MEN 1). *Family Cancer*, 2: 27–33.

Bergner, M. (1988) Development, testing and use of the Sickness Impact Profile, in S.R. Walker and R.M. Rosser (eds) *Quality of Life: Assessment and Application*. Lancaster: MTP Press.

Bergner, M. (1993) Development, testing and use of the Sickness Impact Profile, in S.R. Walker and R.M. Rosser (eds) *Quality of Life Assessment: Key Issues in the 1990s* (2nd edn). Dordrecht: Kluwer Academic.

Bergner, M., Bobbitt, R.A., Kressel, S. *et al.* (1976*a*) The Sickness Impact Profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *International Journal of Health Services*, 6: 393–415.

Bergner, M., Bobbitt, R.A., Pollard, W.E. *et al.* (1976*b*) The Sickness Impact Profile: validation of a health status measure. *Medical Care*, 14: 57–67.

Bergner, M., Bobbitt, R.A., Carter, W.B. *et al.* (1981) The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19: 787–805.

Berkanovic, E., Hurwicz, M.L. and Landsverk, J. (1988) Psychological distress and the decision to seek medical care. *Social Science and Medicine*, 27: 1215–21.

Berkman, L.F. and Syme, S.L. (1979) Social networks, host resistance and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109: 186–204.

Berkman, P.L. (1971) Life stress and psychological well-being: a replication of Langner's analysis in the Midtown Manhattan study. *Journal of Health and Social Behavior*, 12: 35–45.

Bernhard, J., Sullivan, M., Hurny, C. *et al.* (2001) Clinical relevance of single item quality of life indicators in cancer clinical trials. *British Journal of Cancer*, 84: 1156–65.

Berrios, G.E. and Bulbena-Villarasa, A. (1990) The Hamilton Depression Scale and the numerical description of the symptoms of depression, in P. Bech and A. Coppen (eds) *The Hamilton Scales*. New York: Springer-Verlag.

Berwick, D.M., Budman, S., Damico-White, J. *et al.* (1987) Assessment of psychological morbidity in primary care: explorations with the General Health Questionnaire. *Journal of Chronic Diseases*, 40: 71S–79S.

Berwick, D.M., Murphy, J.M., Goldman, P.A. *et al.* (1991) Performance of five-item mental health screening test. *Medical Care*, 29: 169–76.

Berzon, R.A., Simeon, G.P., Simpson, R.L. *et al.* (1995) Quality of life bibliography and indexes: 1993 update. *Quality of Life Research*, 4: 53–74.

Bigelow, D.A., McFarland, B.H. and Olson, M.M. (1991) Quality of life of community mental health program clients: validating a measure. *Community Mental Health Journal*, 27: 43–55.

Biggs, J.T., Wylie, L.T. and Ziegler, V.E. (1978) Validity of the Zung self-rating depression scale. *British Journal of Psychiatry*, 132: 381–5.

Bild, B.R. and Havighurst, R.J. (1976) Life satisfaction. *Gerontologist*, 16: 70–5.

Billings, A.G. and Moos, R.H. (1981) The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4: 139–57.

Billings, A.G. and Moos, R.H. (1982) Social support and functioning among community and clinical groups: a panel model. *Journal of Behavioral Medicine*, 5: 295–311.

Björvell, H., Aly, A., Langius, A. and Nordström, G. (1994) Indicators of changes in weight and eating behaviour in severely obese patients treated in a nursing behavioural program. *International Journal of Obesity*, 18: 521–5.

Black, S.E., Blessed, J.A., Edwardson, J.A. *et al.* (1990) Prevalence rates of dementia in an ageing population: are low rates due to the use of insensitive instruments? *Age and Ageing*, 19: 84–90.

Blanchflower, D.G. and Oswald, A.J. (2001) *Well-being Over Time in Britain and the USA*. Warwick: University of Warwick, Research Paper No. 616, Department of Economics.

Blay, S.L., Ramos, L.R. and Mari-Jde, J. (1988) Validity of a Brazilian version of the Older Americans Resources and Services (OARS) mental health screening questionnaire. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36: 687–92.

Blazer, D.G. (1982) Social support and mortality in an elderly community population. *American Journal of Epidemiology*, 115: 684–94.

Blessed, G., Tomlinson, B.E. and Roth, M. (1968) The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *British Journal of Psychiatry*, 114: 797.

Blumenthal, M.D. (1975) Measuring depressive symptomatology in a general population. *Archives of General Psychiatry*, 32: 971–8.

Bombardier, C., Ware, J., Russell, I. *et al.* (1986) Auranofin therapy and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *American Journal of Medicine*, 81: 565–78.

Bond, J. and Carstairs, V. (1982) *Services for the Elderly*. Scottish Health Service Studies no. 42. Edinburgh: Scottish Home and Health Department.

Bond, J., Gregson, B., Atkinson, A. *et al.* (1989) *Evaluation of Continuing Care Accommodation for Elderly People*, vol. 2. *The Randomised Controlled Trial of the Experimental NHS Nursing Homes and Conventional Continuing Care Wards in NHS Hospitals*. Report no. 38. Newcastle upon Tyne: University of Newcastle upon Tyne Health Care Research Unit.

Bond, M., Bowling, A., McKee, D. *et al.* (2003) Is age a predictor of access to cardiac services? *Journal of Health Services Research and Policy*, 8: 40–7.

Borgatta, E.F. and Montgomery, R.J.V. (1987) *Critical Issues in Ageing Policy: Linking Research and Values*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Boshier, R. (1968) Self esteem and first names in children. *Psychological Reports*, 22: 762.

Bowling, A. (1990) The prevalence of psychiatric morbidity among people aged 85 and over living at home. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25: 132–40.

Bowling, A. (1991) Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. *Family Practice*, 8: 68–83.

Bowling, A. (1994) Social networks and social support among older people and implications for emotional well being and psychiatric morbidity. *International Review of Psychiatry*, 6: 41–58.

Bowling, A. (1995) What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science and Medicine*, Special Issue 'Quality of Life', 10: 1447–62.

Bowling, A. (1998) Variations in population health status (letter). *British Medical Journal*, 317: 601.

Bowling, A. (2001) *Measuring Disease: A Review of Disease-specific Quality of Life Measurement Scales*, 2nd edn. Buckingham: Open University Press.

Bowling, A. (2002) *Research Methods in Health. Investigating Health and Health Services*. Buckingham: Open University Press.

Bowling, A. and Browne, P. (1991) Social support and emotional well-being among the oldest old living in London. *Journal of Gerontology*, 46: S20–32.

Bowling, A. and Cartwright, A. (1982) *Life after a Death: A Study of the Elderly Widowed*. London: Tavistock Press.

Bowling, A. and Charlton, J. (1987) Risk factors for mortality after bereavement: a logistic regression analysis. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 37: 551–4.

Bowling, A. and Farquhar, M. (1995) Changes in network composition among older people living in Inner London and Essex. *Journal of Health and Place*, 3: 149–66.

Bowling, A. and Formby, J. (1990) *Evaluation of District Health Authority Funded Nursing Homes and Geriatric Wards in City and Hackney*. London: Department of Public Health, City and Hackney District Health Authority.

Bowling, A. and Gabriel, Z. (2004) An integrational model of quality of life in older age. A comparison of analytic and lay models of quality of life. *Social Indicators Research*, 69: 1–36.

Bowling, A. and Grundy, E. (1997) Activities of daily living: changes in functional activity in three samples of elderly and very elderly people. *Age and Ageing*, 26: 107–14.

Bowling, A. and Grundy, E. (1998) Longitudinal studies of social networks and mortality in later life. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8: 353–61.

Bowling, A. and Windsor, J. (1997) The discriminative power of The Health Status Questionnaire-12 (HSQ-12) in relation to age, sex and longstanding illness: findings from a survey of households in Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51: 564–73.

Bowling, A. and Windsor, J. (2001) Towards the good life. A population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2: 55–81.

Bowling, A., Leaver, J. and Hoeckel, T. (1988) *The Needs and Circumstances of People Aged 85+ Living at Home in City and Hackney*. London: Department of Public Health, City and Hackney Health Authority.

Bowling, A., Edelmann, R., Leaver, J. *et al.* (1989) Loneliness, mobility, well-being and social support in a sample of over-85-year olds. *Journal of Personality and Individual Differences*, 10: 1189–92.

Bowling, A., Farquhar, M., Grundy, E. and Formby, J. (1992) Psychiatric morbidity among people aged 85+ in 1987. A follow-up study at two and a half years: associations with changes in psychiatric morbidity. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7: 307–21.

Bowling, A., Farquhar, M., Grundy, E. and Formby, J. (1993) Changes in life satisfaction over a two and a half year period among very elderly people living in London. *Social Science and Medicine*, 36: 641–55.

Bowling, A., Farquhar, M. and Grundy, E. (1994a) Associations with changes in level of functional ability. *Ageing and Society*, 14: 53–73.

Bowling, A., Farquhar, M. and Grundy, E. (1994b) Changes in the ability to get outdoors among a community sample of people aged 85+ in 1987: results from a follow-up study in 1990. *International Journal of Health Sciences*, 5: 13–23.

Bowling, A., Farquhar, M. and Grundy, E. (1996) Associations with changes in life satisfaction among three samples of elderly people living at home. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11: 1077–87.

Bowling, A., Bond, M., Jenkinson, C. and Lamping, D. (1999) Short Form 36 (SF-36) Health Survey Questionnaire. Which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the Omnibus Survey in Britain, The Health Survey for England and the Oxford Health and Lifestyle Survey. *Journal of Public Health Medicine*, 21: 255–70.

Bowling, A., Bannister, D., Sutton, S., Evans, O. and Windsor, J. (2002) A multi-dimensional model of QoL in older age. *Ageing and Mental Health*, 6: 355–71.

Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J. *et al.* (2003) Let's ask them: definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Human Development*, 56: 269–306.

Bradburn, N.M. (1969) *The Structure of Psychological Well-being*. Chicago, IL: Aldine Publishing.

Bradburn, N.M. and Caplovitz, D. (1965) *Reports on Happiness: A Pilot Study of Behaviour Related to Mental Health*. Chicago, IL: Aldine Publishing.

Bradley, C., Todd, C., Gorton, T. *et al.* (1999) The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL. *Quality of Life Research*, 8: 79–91.

Bradlyn, A.S., Harris, C.V., Warner, J.E. *et al.* (1993) An investigation of the validity of the Quality of Well-Being Scale with pediatric oncology patients. *Health Psychology*, 12: 246–50.

Bradwell, A.R., Carmal, M.H. and Whitehead, T.P. (1974) Explaining the unexpected: abnormal results of biochemical profile investigations. *Lancet*, ii: 1071–4.

Brazier, J.E., Harper, R., Jones, N. *et al.* (1992) Validating the SF-36 health survey questionnaire: a new outcome measure for primary care. *British Medical Journal*, 305: 160–4.

Brazier, J., Harper, R., Waterhouse, J. *et al.* (1993a)

Comparison of outcome measures for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Paper presented to the Fifth European Health Services Research Conference, Maastricht. December.

Brazier, J.E., Jones, N. and Kind, P. (1993b) Testing the validity of the EuroQol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. *Quality of Life Research*, 2: 169–80.

Brazier, J.E., Roberts, J. and Deverill, M. (2002) The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *Journal of Health Economics*, 21: 271–92.

Bridgwood, A. (2000) *People aged 65 and Over*. Results of an independent study carried out on behalf of the Department of Health as part of the 1998 General Household Survey. London: Office for National Statistics.

Brink, T.L., Curran, P., Dorr M.L. *et al.* (1985) Geriatric Depression Scale reliability: order, examiner and reminiscence effects. *Clinical Gerontology*, 2: 57–60.

Brissette, I., Cohen, S. and Seeman, T.E. (2000) Measuring social integration and social networks, in S. Cohen, L.G. Underwood and B.H. Gottlieb (eds) *Social Support Measurement and Intervention. A Guide for Health and Social Scientists*. Oxford: Oxford University Press.

Brissette, I., Scheier, M.F. and Carver, C.S. (2002) The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82: 102–11.

Brissette, I., Leventhal, H. and Leventhal, E.A. (2003) Observer ratings of health and sickness: can other people tell us anything about our health that we don't already know? *Health Psychology*, 22: 471–8.

Brodman, K., Erdmann, A.J., Jr and Wolff, H.G. (1949) *Cornell Medical Index Health Questionnaire*. New York: Cornell University Medical College.

Brodman, K., Erdmann, A.J., Jr, Lorge, I. and Wolff, H.G. (1951) The Cornell Medical Index-Health Questionnaire II. As a diagnostic instrument. *Journal of the American Medical Association*, 145: 152–7.

Brodman, K., Erdman, A.J., Jr, Lorge, I. *et al.* (1953) The Cornell Medical Index-Health Questionnaire VI: the relation of patients' complaints to age, sex, race and education. *Journal of Gerontology*, 8: 339–42.

Brodman, K., Erdman, A.J., Jr, Lorge, I. *et al.* (1954a) The Cornell Medical Index-Health Questionnaire VII: the prediction of psychosomatic and psychiatric disabilities in army training. *American Journal of Psychiatry*, 111: 37–40.

Brodman, K., Deutschberger, J., Erdmann, A.J. *et al.* (1954b) Prediction of adequacy for medical service. *U.S. Armed Forces Medical Journal*, 5: 1802–8.

Brodman, K., Van Woerkom, A.J., Jr and Goldstein, L.S. (1959) Interpretation of symptoms with a data-processing machine. *Archives of Internal Medicine*, 103: 776–82.

Brodman, K., Erdmann, A.J., Jr, Wolff, H.G. and Miskovitz, P.F. (1986) *Cornell Medical Index Health Questionnaire*. 1986 Revision. New York: Cornell University Medical College.

Bronfort, G. and Bouter, L.M. (1999) Responsiveness of general health status in chronic low back pain: a comparison of the COOP charts and the SF-36. *Pain*, 83: 201–9.

Brook, R.H., Ware, J.E., Davies Avery, A. *et al.* (1979a) Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care*, 17 (supplement), 1–131.

Brook, R.H., Ware, J.E., Davies-Avery, A. *et al.* (1979b) *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study*, vol. VIII, Overview. Santa Monica, CA: Rand Corporation, R-1987/8 HEW.

Brookings, J.B. and Bolton, B. (1988) Confirmatory factor analysis of the Interpersonal Support Evaluation List. *American Journal of Community Psychology*, 16: 137–47.

Brooks, R. (1996) EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, 37: 53–72.

Brorsson, B. and Asberg, K.H. (1984) Katz index of independence in ADL: reliability and validity in short term care. *Scandinavian Journal of Rehabilitative Medicine*, 16: 125–32.

Brown, B., Birnbaum, M. and Harris, T. (1975) Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology*, 9: 225–54.

Brown, G.L. and Zung, W.W.K. (1972) Depression scales: self or physician rating? A validation of certain clinically observable phenomena. *Comprehensive Psychiatry*, 13: 361–7.

Brown, J.H., Lewis, M.D., Kazis, E. *et al.* (1984) The dimensions of health outcomes: a cross validated examination of health status measurement. *American Journal of Public Health*, 74: 159–61.

Browne, J.P. (1999) Selected methods for assessing individual quality of life, in C.R.B. Joyce, H.M. McGee and C.A. O'Boyle (eds) *Individual Quality of Life. Approaches to Conceptualisation and Assessment*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.

Browne, J.P., O'Boyle, C.A., McGee, H.M. *et al.* (1994) Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research*, 3: 235–44.

Browne, J.P., O'Boyle, C.A., McGee, H.M. *et al.* (1997) Development of a direct weighting procedure for quality of life domains. *Quality of Life Research*, 6: 301–9.

Bruce, B. and Fries, J.F. (2003a) The Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ): a review of its

history, issues, progress and documentation. *Journal of Rheumatology*, 30: 167–78.

Bruce, B. and Fries, J.F. (2003a) The Stanford Health Assessment Questionnaire: dimensions and practical applications. *Health and Quality of Life Outcomes* (BioMed Central Ltd) 1: 20.

Bucquet, D., Condom, S. and Ritchie, K. (1990) The French version of the Nottingham Health Profile, a comparison of item weights with those of the source version. *Social Science and Medicine*, 30: 829–35.

Bullinger, M. (1995) German translation and psychometric testing of the SF-36 Health Survey: preliminary results from the IQOLA project. *Social Science and Medicine* (Special Issue 'Quality of Life'), 10: 1359–66.

Burckhardt, C.S., Woods, S.L., Schultz, A.A. *et al.* (1989) Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study. *Research on Nursing and Health*, 12: 347–54.

Burnam, M.A., Wells, K.B., Leake, B. and Landsverk, J. (1988) Development of a brief screening instrument for detecting depressive disorders. *Medical Care*, 26: 775–89.

Burström, K., Johannesson, M., Diderichsen, F. *et al.* (2001) Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. *Quality of Life Research*, 10: 621–35.

Bush, J.W. (1984) General health policy model: Quality of well-being (QWB) scale, in N.K. Wenger, M.E. Mattson and C.D. Furberg *et al.* (eds) *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. New York: Le Jacq.

Butow, P., Coates, A., Dunn, S., Bernhard, J. and Hurny, C. (1991) On the receiving end IV: Validation of quality of life indicators. *Annals of Oncology*, 2: 597–603.

Buxton, M. (1983) The economics of heart transplant programmes: measuring the benefits, in G. Teeling Smith (ed.) *Measuring the Social Benefits of Medicine*. London: Office of Health Economics.

Buxton, M., Acheson, R.M., Caine, N. *et al.* (1985) *Costs and Benefits of the Heart Transplantation Programmes at Harefield and Papworth Hospitals*. London: Her Majesty's Stationery Office.

Byrne, D.G. (1978) Cluster analysis applied to self reported depressive symptomatology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 57: 1–10.

Caine, N., Sharples, L.D., English, T.A.H. and Wallwork, J. (1990) Prospective study comparing quality of life before and after heart transplantation. *Transplantation Proceedings*, 22: 1437–9.

Caine, N., Harrison, S.C.W., Sharples, L.D. and Wallwork, J. (1991) Prospective study of quality of life before and after coronary artery bypass grafting. *British Medical Journal*, 302: 511–16.

Cairl, R.E., Pfeiffer, E., Keller, D.M. *et al.* (1983) An evaluation of the reliability and validity of the functional assessment inventory. *Journal of the American Geriatric Society*, 31: 607–12.

Caldwell, J.R. (1985) Family Environment Scale, in D.J. Keyser and R.C. Sweetland (eds) *Test Critiques*. Vol. II. Kansas City, MI: Test Corporation of America.

Caldwell, R.A. and Reinhart, M.A. (1988) The relationship of personality to individual differences in the use of type and source of social support. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 6: 140–6.

Calman, K.C. (1984) Quality of life in cancer patients – a hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10: 124–7.

Camilleri-Brennan, J., Ruta, D.A. and Steele, R.J. (2002) Patient generated index: new instrument for measuring quality of life in patients with rectal cancer. *World Journal of Surgery*, 26: 1354–9.

Campbell, A. (1976) Subjective measures of wellbeing. *American Psychologist*, 31: 117–24.

Campbell, A. (1981) *The Sense of Well-being in America*. New York: McGraw-Hill.

Campbell, A., Converse, P.E. and Rogers, W.L. (1976) *The Quality of American Life*. New York: Russell Sage Foundation.

Campbell, D.T. and Fiske, D.W. (1959) Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56: 81–105.

Campbell, P.B. (1967) School and self concept. *Educational Leadership*, 24: 510–15.

Cantril, H. (1965) *The Pattern of Human Concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Caplan, G. (1974) *Support Systems and Community Mental Health*. New York: Behavioral Publications.

Carp, F.M. (1977) What questions are we asking of whom? in C.N. Nydegger (ed.) *Measuring Morale. A Guide to Effective Assessment*. Washington, DC: Gerontology Society.

Carr-Hill, R. (1989) Assumptions of the QALY procedure. *Social Science and Medicine*, 29: 469–77.

Carr-Hill, R. (1992) A second opinion: Health related quality of life measurement – Euro style. *Health Policy*, 20: 321–8.

Carr-Hill, R. and Morris, J. (1991) Current practice in obtaining the 'Q' in QALYS – a cautionary note. *British Medical Journal*, 303: 699–701.

Carroll, B.J., Fielding, J.M. and Blash, T.G. (1973) Depression rating scales: a critical review. *Archives of General Psychiatry*, 28: 361–6.

Carroll, B.T., Kathol, R.G., Noyes, R. *et al.* (1993) Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Journal of General Hospital Psychiatry*, 15: 69–74.

Carter, W., Bobbitt, R.A., Bergner, M. *et al.* (1976) Validation of an interval scaling: the Sickness Impact Profile. *Health Services Research*, 11: 516–28.

Cartwright, A. and Anderson, R. (1981) *General Practice Revisited: A Second Study of Patients and Their Doctors*. London: Tavistock Press.

Casellas, F., Lopez-Vivancos, J., Badia, X. *et al.* (2000) Impact of surgery for Crohn's disease on health-related quality of life. *American Journal of Gastroenterology*, 95: 177–82.

Cassel, J. (1976) The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104: 107–23.

Cavanaugh, S. (1983) The prevalence of emotional and cognitive dysfunction in a general medical population: using the MMSE, GHQ and BDI. *General Hospital Psychiatry*, 5: 15–24.

Celiker, R. and Borman, P. (2001) Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: a comparison of psychological disturbance and life satisfaction. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 9: 35–45

Challis, D., Mozley, C.G., Sutcliffe, C. *et al.* (2000) Dependency in older people recently admitted to care homes. *Age and Ageing*, 29: 255–60.

Chambers, L.W. (1984) The McMaster Health Index Questionnaire, in N.K. Wenger, M.E. Mattson, C.D. Furberg *et al.* (eds) *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. New York: Le Jacq.

Chambers, L.W. (1993) The McMaster Health Index Questionnaire: an update, in S.R. Walker and R.M. Rosser (eds) *Quality of life assessment: key issues in the 1990s*. The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Chambers, L.W. (1998) McMaster Health Index Questionnaire. Emotional Function Index scoring method, in S. Salek, *Compendium on quality of life instruments*. Chichester: Wiley and Sons.

Chambers, L.W., Sackett, D.L., Goldsmith, C.H. *et al.* (1976) Development and application of an index of social function. *Health Services Research*, 11: 430–41.

Chambers, L.W., MacDonald, L.A., Tugwell, P. *et al.* (1982) The McMaster Health Index Questionnaire as a measure of quality of life for patients with rheumatoid disease. *Journal of Rheumatology*, 9: 780–4.

Chambers, L.W., Haight, M., Norman, G. *et al.* (1987) Sensitivity to change and the effect of mode of administration on health status measurement. *Medical Care*, 25: 470–9

Chaplin, W.F. (1984) State-trait anxiety inventory, in D.J. Keyser and R.C. Sweetland (eds) *Test Critiques*, Vol. 1. Kansas City, MO: Test Corporation of America.

Chapman, P.L. and Mullis, A.K. (2002) Readdressing gender bias in the Coopersmith Self-Esteem Inventory – Short Form. *Journal of Genetic Psychology*, 163: 403–9

Charles, S.T., Reynolds, C.A. and Gatz, M. (2001) Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80: 136–51.

Charlton, J.R.H., Patrick, D.L. and Peach, H. (1983) Use of multivariate measures of disability in health surveys. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 37: 296–304.

Chaturvedi, S.K. (1990) Asian patients and the HAD scale. *British Journal of Psychiatry*, 156: 133.

Cheng, H. (2003) Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression. *Journal of Personality and Individual Differences*, 34: 921–42.

Cherlin, A. and Reeder, L.G. (1975) The dimensions of psychological well being: a critical review. *Sociological Methods Research*, 4: 189–214.

Chiang, C.L. (1965) *An Index of Health: Mathematical Models*. Washington, DC: US Government Printing Office. PHS Publication no. 1000, Series 2, no. 5.

Chou, K.L. and Chi, I. (1999) Determinants of life satisfaction among Chinese older adults: a longitudinal study. *Aging and Mental Health*, 3: 327–31.

Chou, K.L. and Chi, I. (2001) Stressful life events and depressive symptoms: social support and sense of control as mediators or moderators? *International Journal of Aging and Human Development*, 52: 155–71.

Clark, K.K., Bormann, C.A., Cropanzano, R.S. and James, K. (1995) Validation evidence for three coping measures. *Journal of Personality Assessment*, 65: 434–55.

Clarke, P.J., Marshall, V.W., Ryff, C.D. and Wheaton, B. (2001) Measuring psychological well-being in the Canadian Study of Health and Aging. *International Psychogeriatrics*, 13: 79–90.

Cleary, P.D., Goldberg, D.M., Kessler, L.G. *et al.* (1982) Screening for mental disorder among primary care physicians: usefulness of the General Health Questionnaire. *Archives of General Psychiatry*, 39: 837–40.

Clinton, M., Lunney, P., Edwards, H. *et al.* (1998) Perceived social support and community adaptation in schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 27: 955–65.

Coates, A., Gebski, V., Stat, M. *et al.* (1987) Improving the quality of life during chemotherapy for advanced breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 317: 1490–5.

Coates, A.K. and Wilkin, D. (1992) Comparing the Nottingham Health Profile with the Dartmouth COOP Charts, in J.H.G. Scholten (ed.) *Functional Status Assessment in Family Practice*. Lelystad: Meditekst.

Cobb, S. (1976) Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38: 300–14.

Cochrane, A.L. and Holland, W.W. (1971) Validation

of screening procedures. *British Medical Bulletin*, 27: 3–8.

Cockerham, W.C. (1995) *Medical Sociology* (6th edn). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Coen, R., O'Mahony, D., O'Boyle, C.A. *et al.* (1993) Measuring the quality of life of dementia patients using the Schedule for the Evaluation of Individualised Quality of Life. *Irish Journal of Psychology*, 14: 154–63

Coen, R.F., Swanwick, G.R., O'Boyle, C.A. and Coakley, D. (1997) Behaviour disturbance and other predictors of carer burden in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12: 331–6.

Coen, R.F., O'Boyle, C.A., Swanwick, G.R.J. and Coakley, D. (1999) Measuring the impact on relatives of caring for people with Alzheimer's Disease: quality of life, burden and well-being. *Psychology and Health*, 14: 253–61.

Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. *et al.* (1985) Measuring the functional components of social support, in I.S. Sarason and B.R. Sarason (eds) *Social Support: Theory, Research and Applications*. Boston, MA: Martinus Nijhoff.

Cohen, C.I., Teresi, J. and Holmes, D. (1987) Social networks and mortality in an inner-city elderly population. *International Journal of Ageing and Human Development*, 24: 257–69.

Cohen, S., Underwood, L.G. and Gottlieb, B.H. (2000a) Social relationships and health, in *Social Support Measurement and Intervention. A Guide for Health and Social Scientists*. New York: Oxford University Press.

Cohen, S., Underwood, L.G. and Gottlieb, B.H. (2000b) *Social Support Measurement and Intervention. A Guide for Health and Social Scientists*. New York: Oxford University Press.

Coleman, P. (1984) Assessing self-esteem and its sources in elderly people. *Ageing and Society*, 4: 117–35.

Collen, F.M., Wade, D.T. and Bradshaw, C.M. (1990) Mobility after stroke: reliability of measures of impairment and disability. *International Disability Studies*, 12: 6–9.

Collin, C., Wade, D.T., Davies, D. *et al.* (1988) The Barthel ADL Index: a reliability study. *International Disability Studies*, 10: 61–3

Conner, K.A., Powers, E. and Bultena, G.L. (1979) Social interaction and life satisfaction: an empirical assessment of late life patterns. *Journal of Gerontology*, 34: 116–21.

Convery, F.R., Minteer, M.A., Amiel, D. and Connett, K.L. (1977) Polyarticular disability: a functional assessment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 58: 494–9.

Cook, E.A. (1998) Effects of reminiscence on life satisfaction of elderly female nursing home residents. *Health Care Women International*, 19: 109–18.

Cooper, C.L. and Kasl, S.V. (1995) *Research Methods for Stress and Health Psychology*. Chichester: John Wiley.

Cooper, K., Arber, S., Fee, L. and Ginn, J. (1999) *The Influence of Social Support and Social Capital on Health: A Review and Analysis of British Data*. London: Health Education Authority.

Cooper, P.J. and Fairburn, C.G. (1986) The depressive symptoms of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 148: 268–74.

Coopersmith, S. (1967) *The Antecedents of Self-esteem*. San Francisco, CA: W.H. Freeman. Reprinted in 1981.

Coopersmith, S. (1975) *Developing motivation in young children*. San Francisco, CA: Albion Publishing.

Coopersmith, S. (1981a) *The Antecedents of Self-Esteem*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Coopersmith, S. (1981b) *Self-esteem Inventories*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press

Copeland, J.R.M. (1990) Suitable instruments for detecting dementia in community samples. *Age and Ageing*, 19: 81–3.

Copeland, J.R.M. and Gurland, B.J. (1978) Evaluation of diagnostic methods: an international comparison, in A.D. Isaacs and F. Post (eds) *Studies in Geriatric Psychiatry*. Chichester: John Wiley.

Copeland, J.R.M., Kelleher, M.J., Kellett, J.M. *et al.* (1976) A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly: The Geriatric Mental State Schedule 1. Development and reliability. *Psychological Medicine*, 6: 439–49.

Copeland, J.R.M., Dewey, M.E. and Griffiths Jones, H.M. (1986) A computerized psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGECAT. *Psychological Medicine*, 16: 89–99.

Copeland, J.R.M., Dewey, M.E., Wood, N. *et al.* (1987a) Range of mental illness among the elderly in the community: prevalence in Liverpool using the GMS-AGECAT package. *British Journal of Psychiatry*, 150: 815–23.

Copeland, J.R.M., Gurland, B.J., Dewey, M.E. *et al.* (1987b) The distribution of dementia, depression and neurosis in elderly men and women in an urban community: assessed using the GMS-AGECAT package. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2: 177–84.

Copeland, J.R.M., Dewey, M.E., Henderson, A.S. *et al.* (1988) The Geriatric Mental State (GMS) used in the community: replication studies of the computerized diagnoses AGECAT. *Psychological Medicine*, 18: 219–23.

Copeland, J.R., Prince, M., Wilson, K.C. *et al.* (2002) The Geriatric Mental State Examination in the 21st century. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17: 729–32.

Corcoran, J., Franklin, C. and Bennett, P. (1998) The use of the Social Support Behaviors Scale with adolescents. *Research on Social Work Practice*, 8: 302–14.

Cornoni-Huntley, J.C., Foley, D.J., White, L.R. *et al.* (1985) Epidemiology of disability in the oldest old: methodologic issues and preliminary findings. *Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*, 63: 350–76.

Costa, P.T. and McCrae, R.R. (1977) Psychiatric symptom dimensions in the Cornell Medical Index among normal adult males. *Journal of Clinical Psychology*, 33: 941–6.

Costa, P.T. and McCrae, R.R. (1984) Personality as a lifelong determinant of well-being, in C. Malatesta and C. Izard (eds). *Affective process in development and aging*, Beverly Hills, CA: Sage.

Costa, P.T., Zonderman, A.B., McRae, R.R. *et al.* (1987) Longitudinal analysis of psychological well-being in national sample: stability of mean levels. *Journal of Gerontology*, 42: 50–5.

Coulthard, M., Walker, A. and Morgan, A. (2001) People's perceptions of their neighbourhood and community involvement. Results from the social capital module of the General Household Survey 2000. London: The Stationery Office.

Cox, B.D., Blaxter, M., Buckle, A.L.J. *et al.* (1987) *The Health and Lifestyle Survey*. London: Health Promotion Research Trust.

Cox, B.D., Huppert, F.A. and Whichelow, M.J. (1993) *The Health and Lifestyle Survey: Seven Years on*. London: Health Promotion Research Trust.

Crandall, R.C. (1973) The measurement of self esteem and related constructs, in J. Robinson and P. Shaver (eds) *Measures of Social Psychological Attitudes*. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research.

Craven, P. and Wellman, B. (1974) The network city, in M.P. Effrat (ed.) *The Community: Approaches and Applications*. New York: Free Press.

Crawford Little, J. and McPhail, N.I. (1973) Measures of depressive mood at monthly intervals. *British Journal of Psychiatry*, 122: 447–52.

Cronbach, L.J. (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 22: 293–6.

Crossley, T.F. and Kennedy, S. (2000) The stability of self-assessed health status. Social and Economic Dimensions of an Aging Population. SEDAP Research Paper no. 26. Canberra, ACT: SEDAP, Australian National University.

Crowne, D.P. and Marlowe, D. (1964) *The Approval Motive: Studies in Evaluation Dependence*. New York: John Wiley and Son.

Cuffel, B.J. and Akamatsu, T.J. (1989) The structure of loneliness: a factor-analytic investigation. *Cognitive Therapy and Research*, 13: 459–74.

Dalton, D.S., Cruickshanks, K.J., Klein, B.E. *et al.* (2003) The impact of hearing loss on quality of life in older adults. *The Gerontologist*, 43: 661–8.

Dantas, R.A., Motzer, S.A. and Ciol, M.A. (2002) The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 39: 745–55.

Davidson, I.A., Dewey, M. and Copeland, J.R.M. (1988) The relationship between mortality and mental disorder: evidence from the Liverpool longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 3: 95–8.

Davies, A.R. and Ware, J.E. (1981) *Measuring Health Perceptions in the Health Insurance Program*. Santa Monica, CA: Rand Corporation: R-2711-HHS.

Davies, B., Burrows, G. and Poynton, C.A. (1975) Comparative study of four depression rating scales. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 9: 21–4.

Davies, A.R., Sherbourne, C.D., Peterson, J.R. and Ware, J.E. (1988) *Scoring Manual: Adult Health Status and Patient Satisfaction Measures Used in RAND's Health Insurance Experiment. Publication No. N-2190HHS*. Santa Monica, CA: Rand Corporation.

Dean, K., Holst, E., Kreiner, S. *et al.* (1994) The measurement issues in research on social support and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48: 201–6.

de Bruin, A.F., de Witte, L.P., Stevens, F.C. and Diederiks, J.P. (1992) Sickness Impact Profile: the state of the art of a generic functional status measure. *Social Science and Medicine*, 8: 1003–14.

de Bruin, A.F., Diederiks, J.P.M., de Witte, L.P. and Stevens, F.C.J. (1993) The first testing of the SIP-68, a short generic version of the Sickness Impact Profile. Paper presented to the Fifth European Health Services Research Conference, Maastricht, December.

de Girolamo, G., Rucci, P., Scocco, P. *et al.* (2000) Quality of life assessment: validation of the Italian version of the WHOQOL-Brief. *Epidemiol. Psichiatr. Soc.*, 9: 45–55.

de Haan, R., Limburg, M., Schuling, J. *et al.* (1993) Clinimetric evaluation of the Barthel Index, a measure of limitations in daily activities. *Nederlands Tijdschr Geneeskd*, 137: 917–21.

de Joode, E.W., van Meeteren, N.L., van den Berg, H.M. *et al.* (2001) Validity of health status measurement with the Dutch Arthritis Impact Measurement Scale 2 in individuals with severe haemophilia. *Haemophilia*, 7: 190–7.

de Leo, D., Diekstra, R.F.W., Lonnqvist, J. *et al.* (1998a) LEIPAD, an internationally applicable instrument to assess quality of life in the elderly. *Behavioural Medicine*, 24: 17–27.

de Leo, D., Diekstra, R.F.W., Lonnqvist, J. *et al.* (1998b) *LEIPAD Questionnaire. Compendium of Quality of Life Instruments*. Chichester, West Sussex: John Wiley and Son.

Demetri, G.D., Gabrilove, J.L., Blasi, M.V. *et al.* (2002) Benefits of epoetin alfa in anemic breast cancer patients receiving chemotherapy. *Clinical Breast Cancer*, 3: 45–51.

Demyttenaere, K. and Fruyt, J. (2003) Getting what you asked for: on the selectivity of depression rating scales. *Psychotherapy Psychosomatics*, 72: 61–70.

Dennerstein, L., Dudley, E., Guthrie, J. and Barrett Connor, E. (2000) Life satisfaction, symptoms, and the menopausal transition. *Medscape Women's Health*, 5: E4.

Denniston, O.L. and Jette, A.M. (1980) A functional status assessment instrument: validation in an elderly population. *Health Services Research*, 15: 21–4.

Dewey, M.E. and Copeland, J.R.M. (1986) Computerized psychiatric diagnosis in the elderly: AGECAT. *Journal of Microcomputer Applications*, 9: 135–40.

Deyo, R.A. (1993) Measuring the quality of life of patients with rheumatoid arthritis, in S.R. Walker and R.M. Rosser (eds) *Quality of Life Assessment: Key Issues in the 1990s*. Dordrecht: Kluwer Academic.

Deyo, R.A., Inui, T.S., Leininger, J.D. *et al.* (1982) Physical and psychological functions in rheumatoid arthritis: clinical use of a self-administered instrument. *Archives of Internal Medicine*, 142: 879–82.

Deyo, R.A., Inui, T.S., Leininger, J.D. *et al.* (1983) Measuring functional outcomes in chronic disease: a comparison of traditional scales and a self-administered health status questionnaire in patients with rheumatoid arthritis. *Medical Care*, 21: 180–92.

Dias, R.C., Dias, J.M. and Ramos, L.R. (2003) Impact of an exercise and walking protocol on quality of life in elderly people with OA of the knee. *Physiotherapy Research International*, 8: 121–30.

Diener, E. and Suh, E. (1997) Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40: 189–216.

Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J. and Griffin, S. (1985) The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49: 71–5.

Diener, E., Sandvik, E., Pavot, W. and Gallagher, D. (1991) Response artefacts in the measurement of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 24: 35–56.

Diener, E., Oishi, S. and Lucas, R.E. (2003) Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54: 403–25.

Doble, S.E., Fisk, J.D., MacPherson, K.M. *et al.* (1997) Measuring functional competence in older persons with Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 9: 25–38.

Dobson, C., Powers, E.A., Keith, P.M. *et al.* (1979) Anomie, self-esteem, and life satisfaction: interrelationships among three scales of well-being. *Journal of Gerontology*, 34: 569–72.

Dolan, P. (1997) Modelling valuations for EuroQol health states. *Medical Care*, 35: 1095–108.

Dolan, P., Gudex, C., Kind, P. and Williams, A. (1996) The time trade-off method: results from a general population study. *Health Economics*, 5: 141–54.

Donald, C.A. and Ware, J.E. (1982) *The Quantification of Social Contacts and Resources*. Santa Monica, CA: Rand Corporation R. 2937-HHS.

Donald, C.A., Ware, J.E., Brook, R.H. *et al.* (1978) *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study, vol. IV, Social Health*. Santa Monica, CA: Rand Corporation R. 1987/4HEW.

Dorman, P.J., Slattery, J., Farrell, B. *et al.* (1997a) A randomised comparison of the EuroQol and Short Form-36 after stroke. *British Medical Journal*, 315: 416.

Dorman, P.J., Waddell, F., Slattery, J. *et al.* (1997b) Are proxy assessments of health status after stroke with the EuroQol questionnaire feasible, accurate, and unbiased? *Stroke*, 28: 1883–7.

Dozois, D.J. (2003) The psychometric characteristics of the Hamilton Depression Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 80: 31–40.

Dubuisson, D. and Melzack, R. (1976) Classification of clinical pain descriptions by multiple group discriminant analysis. *Experimental Neurology*, 51: 480–7.

Dunnell, K. and Cartwright, A. (1972) *Medicine Takers, Prescribers and Hoarders*. London: Routledge and Kegan Paul.

Dupuy, H.J. (1973) *Developmental Rationale, Substantive, Derivative, and Conceptual Relevance of the General Well-Being Schedule*. Fairfax, VA: National Center for Health Statistics.

Dupuy, H.J. (1974) Utility of the National Center for Health Statistics' General Well-Being Schedule in the Assessment of Self-Representations of Subjective Well-Being and Distress, in *Report of The National Conference on Evaluation in Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Programs*. Washington, DC: ADA MHA.

Dupuy, H.J. (1978) Self representations of general psychological well being of American adults. Paper presented at American Public Health Association Meeting, Los Angeles, California, 17 October.

Dupuy, H.J. (1984) The psychological General Well-being Index, in N.K. Wenger, M.E. Mattson, C.D. Furberg *et al.* (eds) *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. New York: Le Jacq.

Durkheim, E. (1895) *The Rules of Sociological Method* (ed. S. Lukes, trans. W.D. Halls 1938). Free Press, New York. Reprinted in 1982.

Durkheim, E. (1897) *Suicide: A Study in Sociology* (ed. G. Simpson, trans. J.A. Spaulding and G. Simpson 1951). Free Press, New York. Reprinted in 1997.

Earl-Slater, A. (2002) *The Handbook of Clinical Trials and other Research*. Oxford: Radcliffe Medical Press.

Ebrahim, K.P., Dewson, J.A.O., Eagles, J.N. *et al.* (1988) Continuing care of the demented elderly in Inverurie. *Health Bulletin*, 46: 32–41.

Edwards, D.W., Yarvis, R.M., Mueller, D.P. *et al.* (1978) Test-taking and the stability of adjustment scales: can we assess patient deterioration? *Evaluation Q.* 2: 275–91.

Edwards, J.N. and Klemmack, D.L. (1973) Correlates of life satisfaction: a re-examination. *Journal of Gerontology*, 28: 479–502.

Eisenberg, E., Damunni, G., Hoffer, E. *et al.* (2003) Lamotrigine for intractable sciatica: correlation between dose plasma concentration and analgesia. *European Journal of Pain*, 7: 485–91.

Emmons, R.A. and Diener, E. (1985) Personality correlates of subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11: 89–97.

Eskin, M. (1993) Swedish translations of the Suicide Probability Scale, Perceived Social Support from Family and Friends Scales, and the Scale for Interpersonal Behavior: a reliability analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 34: 276–81.

Espwall, M. and Olofsson, N. (2002) Social networks of women with undefined musculoskeletal disorder. *Social Work in Health Care*, 36: 77–91.

EuroQol Group (1990) EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16: 199–208.

Evans, D. and Cope, W. (1994) *The Quality of Life Questionnaire-D. Complete Kit*. Northern Tonawanda, New York: Multi-Health Systems.

Evans, G., Hughes, B.C. and Wilkin, D. (1981) *The Management of Mental and Physical Impairment in Non-specialist Residential Homes for the Elderly*, Research Report no. 4. Manchester: Research Section, Psychiatric Unit, University Hospital of South Manchester.

Evans, K., Tyrer, P., Catalan, J. *et al.* (1999) Manual assisted cognitive-behavior therapy (MACT): a randomised controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological Medicine*, 29: 19–25.

Evans, R.W., Manninen, D.L., Overcast, T.D. *et al.* (1984) *The National Heart Transplantation Study: Final Report*. Seattle, WA: Battelle Human Affairs Research Centre.

Fallowfield, L.J., Baum, M. and Maguire, G.P. (1987) Do psychological studies upset patients? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 80: 59.

Fanshel, S. and Bush, J.W. (1970) A health status index and its applications to health services outcomes. *Operational Research*, 18: 1021–65.

Farquhar, M. (1995a) Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22: 502–8.

Farquhar, M. (1995b) Elderly people's definitions of quality of life. Special Issue 'Quality of Life' in *Social Science and Medicine*, 10: 1439–46.

Fayers, P.M., and Hand, D.J. (2002) Causal variables, indicator variables and measurement scales: an example from quality of life. *Journal of the Royal Statistical Association*, 165, Part 2: 1–21.

Fazio, A.F. (1977) *A Concurrent Validation Study of the NCHS General Well-Being Schedule*. Vital and Health Statistics Series 2, no. 73 DHEW Publication No. (HRA) 78–1347. Hyattsville, MA: US Department of Health, Education and Welfare, National Center for Health Statistics.

Fillenbaum, G.G. (1978) Multi-dimensional functional assessment: The OARS Methodology – A Manual, 2nd edn. Durham, NC: Center for the Study of Aging and Human Development, Duke University.

Fillenbaum, G.G (1980) Comparison of two brief tests of organic brain impairment, the MSQ and the Short Portable MSQ. *Journal of the American Geriatrics Society*, 28: 381–4.

Fillenbaum, G.G. (1988) *Multi-dimensional Functional Assessment of Older Adults: the Duke Older Americans Resources and Services Procedures*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Fillenbaum, G.G. and Smyer, M.A. (1981) The development, validity and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire: disability and pain scales. *Journal of Gerontology*, 36: 428–33.

Finch, J. (1989) *Family Obligations and Social Change*. Cambridge: Policy Press.

Finlay Jones, R.A. and Murphy, E. (1979) Severity of psychiatric disorder and the 30-item General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 134: 609–16.

Fiore, J., Coppel, D.B., Becker, J. *et al.* (1986) Social support as a multifaceted concept: examination of important dimensions for adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 14: 93–111.

Firat, S., Byhardt, R.W. and Gore, E. (2002) Comorbidity and Karnofsky performance score are independent prognostic factors in stage III non-small-cell lung cancer: an institutional analysis of patients treated on four RTOG studies. Radiation Therapy Oncology Group. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physiology*, 54: 357–64.

Fitts, W.H. (1965) *Tennessee Self-Concept Scale Manual*. Nashville, TN: Counselor Recordings and Tests.

Fitts, W.H. (1972) *The Self-Concept and Performance*, Research Monograph no. 5. Nashville, TN: Social and Rehabilitation Service.

Fitts, W.H. and Warren, W.L. (1996) *Tennessee Self-Concept Scale* (4th edn). Los Angeles, CA: Western Psychological Corporation.

Fitzpatrick, R. (1999) Assessment of quality of life as an outcome: finding measurements that reflect individual's priorities (editorial). *Quality in Health Care*, 8: 1–2.

Fitzpatrick, R., Newman, S., Lamb, R. and Shipley, M.

(1988) Social relationships and psychological wellbeing in rheumatoid arthritis. *Social Science and Medicine*, 27: 399–403.

Fitzpatrick, R., Newman, S., Lamb, R. and Shipley, M. (1989) A comparison of measures of health status in rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 28: 201–6.

Fitzpatrick, R., Ziebland, S., Jenkinson, C. and Mowat, A. (1992) A generic health status instrument in the assessment of rheumatoid arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 31: 87–90.

Fjaertoft, H., Indredavik, B. and Lydersen, S. (2003) Stroke unit care combined with early supported discharge. Long-term follow-up of a randomised controlled trial. *Stroke*, 34: 2691–2.

Flax, M.J. (1972) *A Study in Comparative Urban Indicators: Conditions in 18 Large Metropolitan Areas*. Washington, DC: The Urban Institute.

Fleck, M.P., Louzada, S., Xavier, M. *et al.* (2000) Application of the Portugese version of the abbreviated instrument of quality of life WHOQOL-Bref. *Rev Saude Publica*, 34: 178–83.

Fletcher, A., McLoone, P. and Bulpitt, C. (1988) Quality of life on angina therapy: a randomized controlled trial of transdermal glyceryl trinitrate against placebo. *Lancet*, 2: 4–8.

Folstein, M.F., Folstein, S.E. and McHugh, P.R. (1975) 'Mini-Mental State': A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12: 189–98.

Forsberg, C. and Bjorvell, H. (1993) Swedish population norms for the GHRI, HI and STAI-state. *Quality of Life Research*, 2: 349–56.

Fortinsky, R.H., Granger, C.V. and Seltzer, G.B. (1981) The use of functional assessment in understanding home care needs. *Medical Care*, 19: 489–97.

Francis, D. (1984) *Will You Still Need Me, Will You Still Feed Me, When I'm 84?* Bloomington, IN: Indiana University Press.

Franke, G.H., Reimer, J., Philipp, T. and Heemann, U. (2003) Aspects of quality of life through end-stage renal disease. *Quality of Life Research*, 12: 103–15.

Freedland, K.E., Skala, J.A., Carney, R.M. *et al.* (2002) The Depression Interview and Structured Hamilton (DISH): rationale, development, characteristics, and clinical validity. *Psychosomatic Medicine*, 64: 897–905.

Freemantle, N., Long, A., Mason, J. *et al.* (1993) The treatment of depression in primary care. *Effective Health Care*, 5 (whole issue).

Fries, J.F. (1983) The assessment of disability: from first to future principles. Paper presented at conference, Advances in Assessing Arthritis, held at the London Hospital, March (mimeo).

Fries, J.F., Hess, L.V. and Klinenberg, J. (1974) A standard database for rheumatic disease. *Arthritis and Rheumatism*, 17: 327–36.

Fries, J.F., Spitz, P.W., Kraines, R.G. and Holman, H.R. (1980) Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 23: 137–45.

Fries, J.F., Spitz, P.W. and Young, D.Y. (1982) The dimensions of health outcomes: the Health Assessment Questionnaire, disability and pain scales. *Journal of Rheumatology*, 9: 789–93.

Frisch, M.B., Cornell, J., Villanueva, M. and Retzlaff, P.J. (1992) Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4: 92–101.

Fry, P.S. (2000) Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it? *International Journal of Aging and Human Development*, 50: 361–83.

Gallagher, D., Nies, G. and Thompson, L.W. (1982) Reliability of the Beck Depression Inventory with older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50: 152–3.

Gallegos-Orozco, J.F., Fuentes, A.P., Gerardo Argueta, J. *et al.* (2003) Health related quality of life and depression in patients with chronic hepatitis C. *Archives Medical Research*, 34: 124–9.

Gana, K. and Garnier, S. (2001) Latent structure of the sense of coherence scale in a French sample. *Journal of Personality and Individual Differences*, 31: 1079–90.

Gandek, B. and Ware, J.E. (eds) (1998) Translating functional health and well-being: International quality of life assessment (IQOLA) project studies of the SF-36 Health Survey. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51: 891–1214.

Garber, J., Little, S., Hilsman, R. and Weaver, K.R. (1998) Family predictors of suicidal symptoms in young adolescents. *Journal of Adolescence*, 21: 445–57.

Garratt, A.M. and Ruta, D.A. (1999) *The Patient Generated Index*, in C.R.B. Joyce, C.A. O'Boyle and H. McGee, *Individual Quality of Life. Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Garratt, A.M., Ruta, D.A., Abdalla, M.I. *et al.* (1993) The SF-36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *British Medical Journal*, 306: 1440–4.

Garratt, A.M., Ruta, D.A., Abdalla, M.I. and Russell, I.T. (1994) SF-36 health survey questionnaire: II. Responsiveness to changes in health status in four common clinical conditions. *Quality in Health Care*, 3: 186–92.

Garratt, A.M., Schmidt, L., Mackintosh, A. and Fitzpatrick, R. (2002) Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324: 1417

Gatz, M., Pederson, N.L. and Harris, J. (1987) Measurement characteristics of the mental health scale from the OARS. *Journal of Gerontology*, 42: 332–5.

Gavazzi, S.M. (1994) Perceived social support from family and friends in a clinical sample of adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 62: 465–71.

George, L.K. (1979) The happiness syndrome: methodological and substantive issues in the study of psychological well-being in adulthood. *Gerontologist*, 19: 210–16.

George, L.K. and Bearon, L.B. (1980) *Quality of Life in Older Persons: Meaning and Measurement*. New York: Human Sciences Press.

George, L.K., Blazer, D.G., Hughes, D.C. *et al.* (1989) Social support and the outcome of major depression. *British Journal of Psychiatry*, 154: 478–85.

Gibbons, R.D., Clark, D.C. and Kupfer, D.J. (1993) Exactly what does the Hamilton Depression Rating Scale measure? *Journal of Psychiatric Research*, 27: 259–73.

Gilson, B.S., Bergner, M., Bobbitt, R.A. *et al.* (1979) *The Sickness Impact Profile: Final Development and Testing: 1975–1978*. Seattle, WA: University of Washington Press.

Glass, T.A. and Maddox, G.L. (1992) The quality and quantity of social support: stroke recovery as psychosocial transition. *Social Science and Medicine*, 34: 1249–61.

Goldberg, D.P. (1978) *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.

Goldberg, D.P. (1985) Identifying psychiatric illness among general medical patients. *British Medical Journal*, 291: 161–3.

Goldberg, D.P. and Hillier, V.F. (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9: 139–45.

Goldberg, D.P. and Huxley, P. (1980) *Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care*. London: Tavistock.

Goldberg, D.P. and Williams, P. (1988) *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson

Goldstein, M.S., Siegel, J.M. and Boyer, R. (1984) Predicting changes in perceived health status. *American Journal of Public Health*, 74: 611–15

Gompertz, P., Pound, P. and Ebrahim, S. (1993a) The reliability of stroke outcome measurement. *Clinical Rehabilitation*, 7: 290–6.

Gompertz, P., Pound, P. and Ebrahim, S. (1993b) *Kudos: A Kit for Describing the Outcome of Stroke*. London: Department of Public Health, Royal Free Hospital Medical School.

Goodchild, M.E. and Duncan-Jones, P. (1985) Chronicity and the General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 146: 55–61.

Goodrick, G.K., Pendleton, V.R., Kimball, K.T. *et al.* (1999) Binge eating severity, self-concept, dieting self-efficiency and social support during treatment of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 26: 295–300.

Gough, I.R., Furnival, C.M., Schilder, L. *et al.* (1983) Assessment of the quality of life of patients with advanced cancer. *European Journal of Cancer and Clinical Oncology*, 19: 1161–5.

Grady, K.L., Meyer, P.M., Dressler, D. *et al.* (2003) Change in quality of life from after left ventricular assist device implantation to after heart transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 22: 1254–67.

Graham, C., Bond, S.S., Gerkovich, M.M. *et al.* (1980) Use of the McGill pain questionnaire in the assessment of cancer pain: reliability and consistency. *Pain*, 8: 377.

Granger, C.V. (1982) Health accounting-functional assessment of the long term patient, in F.J. Kottke, G.K. Stillwell and J.F. Lehmann (eds) *Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation*, 3rd edn. Philadelphia, PA: W.B. Saunders.

Granger, C.V. and McNamara, M.A. (1984) Functional assessment utilization: the long-range evaluation system (LRES), in C.V. Granger and G.E. Gresham (eds) *Functional Assessment in Rehabilitation Medicine*. Baltimore, MD: Williams & Williams.

Granger, C.V., Albrecht, G.L. and Hamilton, B.B. (1979) Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES profile and the Barthel Index. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60: 145–54.

Grant, C.R.H. (1966) Age differences in self-concept from early adulthood through old age. Dissertation from the University of Nebraska.

Gräsbeck, R. and Saris, N.E. (1969) Establishment and use of normal values. *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation*, Supplement no. 110: 62–3.

Greenberger, E., Chen, C., Dmitrieva, J. and Farruggia, S.P. (2003) Item-wording and the dimensionality of the Rosenberg Self-Esteem Scale: do they matter? *Journal of Personality and Individual Differences*, 35: 1241–54.

Greenblatt, H.N. (1975) *Measurement of Social Well-being in a General Population Survey*. Berkeley, CA: Human Population Laboratory, California State Department of Health.

Greenwald, H.P. (1987) The specificity of quality of life measures among the seriously ill. *Medical Care*, 25: 642–51.

Greiner, P.A., Snowdon, D.A. and Greiner, L.H. (1999) Self-rated function, self rated health, and postmortem evidence of brain infarcts: findings from the Nun study. *Journal of Gerontology (B)*, 54: S219–22

Griffiths, R.A., Beaumont, P.J., Giannakopoulos, E. *et al.* (1999) Measuring self-esteem in dieting disordered patients: the validity of the Rosenberg and Coopersmith contrasted. *International Journal of Eating Disorders*, 25: 227–31.

Groessl, E.J., Kaplan, R.M. and Cronan, T.A. (2003) Quality of well-being in older people with osteoarthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 49: 23–8.

Groth-Marnat, G. (1990) *The Handbook of Psychological Assessment*. 2nd edn. New York: John Wiley and Sons.

Grummon, K., Rigby, E.D., Orr, D. *et al.* (1994) Psychosocial variables that affect the psychological adjustment of IVDU patients with AIDS. *Journal of Clinical Psychology*, 50: 488–502.

Grundy, E. and Bowling, A. (1999) Enhancing the quality of extended life years. Identification of the oldest old with a very good and very poor quality of life. *Ageing and Mental Health*, 3: 199–212.

Grundy, E., Bowling, A. and Farquhar, M. (1996) Social support, life satisfaction and survival at older ages, in G. Caselli and A. Lopez (eds) *Health and Mortality among Elderly Populations*. Oxford: Clarendon Press.

Guillemin, F., Coste, J., Pouchot, J. *et al.* (1997) The AIMS2-SF: a short form of the Arthritis Impact Measurement Scales-2 – French quality of life in rheumatology group. *Arthritis and Rheumatism*, 40: 1267–74.

Guillon, M.S., Crocq, M.A. and Bailey, P.E. (2003) The relationship between self-esteem and psychiatric disorders in adolescents. *European Psychiatry*, 18: 59–62.

Gurin, G., Veroff, J. and Feld, S. (1960) *Americans View their Mental Health*. New York: Basic Books.

Gurland, B.J. (1980) The assessment of the mental health status of older adults, in J.E. Birren and R.B. Sloane (eds) *Handbook of Mental Health and Ageing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Gurland, B.J., Copeland, J.R.M., Kelleher, M.J. *et al.* (1983) *The Mind and Mood of Ageing: The Mental Health Problems of the Community Elderly in New York and London*. London: Croom Helm.

Gurland, B.J., Golden, R.R., Teresi, J.A. and Challop, J. (1984) The SHORT-CARE: An efficient instrument for the assessment of depression, dementia and disability. *Journal of Gerontology*, 39: 166–9.

Guttman, M.B. (1985) Self-rating Depression Scale in D.J. Keyser and R.C. Sweetland (eds) *Test Critiques*, Vol III. Kansas City, MO: Test Corporation of America.

Guttman, L. (1944) A basis for scaling qualitative data. *American Sociological Review*, 9: 139.

Guyatt, G.H., Berman, L.B., Townsend, M. *et al.* (1987) A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease. *Thorax*, 42: 773–8.

Guyatt, G.H., Nogradi, S., Halcrow, S. *et al.* (1989) Development and testing of a new measure of health status for clinical trials in heart failure. *Journal of General Internal Medicine*, 4: 101–7.

Guyatt, G.H., Eagle, D.J., Sackett, B. *et al.* (1993) Measuring quality of life in the frail elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46: 1433–44.

Haavardsholm, E.A., Kvien, T.K., Uhlig, T. *et al.* (2000) A comparison of agreement and sensitivity to change between AIMS2 and a short form of AIMS2 (AIMS2-SF) in more than 1,000 rheumatoid arthritis patients. *Journal of Rheumatology*, 27: 2810–16.

Haber, L.D. (1968) *Prevalence of Disability among Non-institutionalized Adults under Age 65: 1966 Survey of Disabled Adults*, Research and Statistics Note no. 4. US Department of Health Education and Welfare, Office of Research and Statistics.

Hagg, O., Fritzell, P., Nordwall, A. and the Swedish Lumbar Spine Study Group (2003) The clinical importance of changes in outcome scores after treatment for low back pain. *European Spine Journal*, 12: 12–20.

Hall, J., Hall, N., Fisher, E. *et al.* (1987) Measurement of outcomes of general practice: comparison of three health status measures. *Family Practice*, 4: 117–23.

Hall, K.M. (1992) Overview of functional assessment scales in brain injury rehabilitation. *NeuroRehabilitation*, 2: 97–112.

Hall, K.M. (1997) The Functional Assessment Measure (FAM). *Journal of Rehabilitation Outcome Measures*, 1: 63–5.

Hall, R., Horrocks, J.C., Clamp, S.E. *et al.* (1976) Observer variation in assessment of results of surgery for peptic ulceration. *British Medical Journal*, i: 814–16.

Hamer, D., Sanjeev, D., Butterworth, E. and Barzak, P. (1991) Using the Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for psychiatric disorders in people presenting with deliberate self-harm. *British Journal of Psychiatry*, 158: 782–4.

Hamilton, B.A., Primrose, W.R. and Muir, K.T. (2000) Care management in three practices – scope for improvement. *Health Bulletin*, 58: 380–4.

Hamilton, M. (1959) The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32: 50–5.

Hamilton, M. (1960) Rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23: 56–62.

Hamilton, M. (1967) Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6: 278–96.

Hamilton, M. (1976) Clinical evaluation of depression: clinical criteria and rating scales, including a Guttman Scale, in M. Gallant and G.M. Simpson (eds) *Depression: Behavioral, Biochemical Diagnosis and Treatment Concepts*. New York: Spectrum Publications.

Hammen, C.L. (1981) Assessment: a clinical and cognitive emphasis in L.P. Rehm (ed.) *Behaviour Therapy for Depression: Present Status and Future Directions.* New York: Academic Press.

Hanley, J.A. and McNeil, B.J. (1982) The meaning and use of the area under a Receiver Operating Characteristic (ROC) curve. *Radiology,* 143: 29–36.

Harman, H.H. (1976) *Modern Factor Analysis.* Chicago, IL: University of Chicago Press.

Harrington, R. and Loffredo, D.A. (2001) The relationship between life satisfaction, self-consciousness, and the Myers-Briggs type inventory dimensions. *Journal of Psychology,* 135: 439–50.

Harris, L. (1975) *The Myth and Reality of Ageing in America.* Washington, DC: National Council on the Ageing.

Hart, G.L. and Evans, R.W. (1987) The functional status of ESRD patients as measured by the Sickness Impact Profile. *Journal of Chronic Diseases,* 40: 117S–130S (Supplement).

Harvey, I., Nelson, S.J., Lyons, R.A. *et al.* (1998) A randomized controlled trial and economic evaluation of counselling in primary care. *British Journal of General Practice,* 48: 1043–8.

Harwood, R.H. and Ebrahim, S. (1995) *Manual of the London Handicap Scale.* Nottingham: University of Nottingham, Department of Health Care of the Elderly.

Harwood, R.H., Rogers, A., Dickinson, E. and Ebrahim, S. (1994) Measuring handicap: the London Handicap Scale, a new outcome measure for chronic disease. *Quality in Health Care,* 3: 11–16.

Harwood, R.H., Carr, A.J., Thompson, P.W. and Ebrahim, S. (1996) Handicap in inflammatory arthritis. *British Journal of Rheumatology,* 35: 891–7.

Harwood, R.H., Gompertz, P., Pound, P. and Ebrahim, E. (1997) Determinants of handicap 1 and 3 years after stroke. *Disability and Rehabilitation,* 19: 205–11.

Harwood, R.H., Prince, M., Mann, A. and Ebrahim, S. (1998a) Associations between diagnoses, impairments, disability and handicap in a population of elderly people. *Journal of Epidemiology,* 27: 261–8.

Harwood, R.H., Prince, M., Mann, A. and Ebrahim, S. (1998b) The prevalence of diagnoses, impairments, disabilities and handicaps in a population of elderly people living in a defined geographical area: the Gospel Oak project. *Age and Ageing,* 27: 707–14.

Hays, R., Siu, A., Keeler, E. *et al.* (1996) Long term care residents' preferences on the QWB scale. *Medical Decision Making,* 16: 254–61.

Haywood, K.L., Garratt, A.M., Dziedzic, K. and Dawes, P.T. (2003) Patient centred assessment of ankylosing spondylitis-specific health related quality of life: evaluation of the Patient Generated Index. *Journal of Rheumatology,* 30: 764–73.

Headey, B.W., Glowacki, T., Holmstrom, E.L. and Wearing, A.J. (1985) Modelling change in perceived quality of life. *Social Indicators Research,* 17: 276–98.

Health Outcomes Institute (1990) *Report on a Survey of Elderly Rural Residents: Health Status, Use of Health Care Services and Satisfaction with Quality of Care.* Bloomington, IN: HOI.

Heasman, M.A. and Lipworth, L. (1966) *Accuracy of Certification of Cause of Death.* Studies on Medical and Population Subjects no. 20. London: General Register Office.

Hedley, M.M., Oza, D., Feld, R. *et al.* (2002) The palliative benefit of irinotecan in 5-fluorouracil-refractory colorectal cancer: its prospective evaluation by a multicenter Canadian Trial. *Clinical Colorectal Cancer,* 2: 93–101.

Hemingway, H., Stafford, M., Stansfeld, S. *et al.* (1997) Is the SF-36 a valid measure of change in population health? Results from the Whitehall Study. *British Medical Journal,* 315: 1273–9.

Henderson, A.S., Duncan-Jones, P. and Finlay-Jones, R.A. (1983) The reliability of the Geriatric Mental State Examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 67: 281–9.

Henderson, S. (1981) Social relationships, adversity and neurosis: an analysis of prospective observations. *British Journal of Psychiatry,* 138: 391–8.

Henderson, S., Duncan-Jones, P., Byrne, D.G. and Scott, R. (1980) Measuring social relationships: the Interview Schedule for Social Interaction. *Psychological Medicine,* 10: 723–34.

Henderson, S., Byrne, D.G. and Duncan-Jones, P. (1981a) *Neurosis and the Social Environment.* London: Academic Press.

Henderson, S., Lewis, I.C., Howell, R.H. *et al.* (1981b) Mental health and the use of alcohol, tobacco, analgesics and vitamins in a secondary school population. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 63: 186–9.

Herron, M.K., Michaux, W.W., Katz, M.M. *et al.* (1964) *Supplemental Instructions for the Administration of the Katz Adjustment Scales.* Baltimore, MD: Spring Grove State Hospital, Research Department.

Heylighen, F. and Bernheim, J. (2000) Global progress I: empirical evidence for ongoing increase in quality of life. *Journal of Happiness Studies,* 1: 323–49.

Hickey, A.M., Bury, G., O'Boyle, C.A. *et al.* (1996) A new short form individual quality of life measure (SEIQoL-DW): application in a cohort of individuals with HIV/AIDS. *British Medical Journal,* 313: 29–33.

Hickey, A., O'Boyle, C.A., McGee, H.M. and McDonald, N.J. (1997) The relationship between post-trauma problem reporting and carer quality of life after severe head injury. *Psychology and Health,* 12: 827–38.

Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R. and Blane, D. (2003) Researching quality of life in early old age: the

importance of the sociological dimension. *Social Policy and Administration*, 37: 239–52

Hill, S. and Harries, U. (1994) Assessing the outcome of health care for the older person in community settings: should we use the SF-36? Outcomes Briefing. *UK Clearing House for Health Outcomes*. 4: 26–7.

Hill, S., Harries, U. and Popay, J. (1995) Is the SF-36 suitable for routine health outcomes assessment in health care for older people? Evidence from preliminary work in community based health services in England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50: 94–8.

Hinterberger, W., Gadner, H., Hocker, P. *et al.* (1987) Survival and quality of life in 23 patients with severe aplastic anaemia treated with BMT. *Blut*, 54: 137–46.

Hirsch, B.J. (1980) Natural support systems and coping with major life changes. *American Journal of Community Psychology*, 8: 159–72.

Hirsch, B.J. (1981) Social networks and the coping process: creating personal communities, in B.H. Gottlieb (ed.) *Social Networks and Social Support*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Hobbs, P., Ballinger, C.B. and Smith, A.H.W. (1983) Factor analysis and validation of the General Health Questionnaire in women: a general practice survey. *British Journal of Psychiatry*, 142: 257–64.

Hobbs, P., Ballinger, C.B., Greenwood, C. *et al.* (1984) Factor analysis and validation of the General Health Questionnaire in men: a general practice survey. *British Journal of Psychiatry*, 144: 270–5.

Hodkinson, H.M. (1972) Evaluation of a mental test score for the assessment of mental impairment in the elderly. *Age and Ageing*, 1: 233–8.

Hoffmeister, J.K. (1976) *Some Information Regarding the Characteristics of the Two Measures Developed from the Self-Esteem Questionnaire (SEQ-3)*. Boulder, CO: Test Analysis and Development Corporation.

Holahan, C.J. and Moos, R.H. (1981) Social support and psychological distress: a longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 90: 365–70.

Hörnquist, J.O. (1982) The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 10: 57–61.

House, J.S. (1981) *Work, Stress and Social Support*. Reading, MA: Addison-Wesley.

House, J.S. and Kahn, R.L. (1985) Measures and concepts of social support, in S. Cohen and S.L. Syme (eds) *Social Support and Health*. Orlando, FL: Academic Press.

House, J.S., Robbins, C. and Metzner, H.L. (1982) The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116: 123–40.

Hoyt, D.R. and Creech, J.C. (1983) The life satisfaction index: a methodological and theoretical critique. *Journal of Gerontology*, 38: 111–16.

Hubanks, L. and Kuyken, W. (WHOQOL Group) (1994) *Quality of Life Assessment. An Annotated Bibliography*. Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization.

Hughes, T.E., Kaplan, R.M., Coons, S.J. *et al.* (1997) Construct validities of the Quality of Well-Being Scale and the MOS-HIV-34 Health Survey for HIV-infected patients. *Medical Decision Making*, 17: 439–46.

Hunt, S.M. (1984) Nottingham Health Profile, in N.K. Wenger, M.E. Mattson, C.D. Furberg *et al.* (eds) *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. New York: Le Jacq.

Hunt, S.M. (1988) Subjective health indicators and health promotion. *Health Promotion*, 3: 23–34.

Hunt, S.M. (1999) The researcher's tale: a story of virtue lost and regained, in C.R.B. Joyce, H.M. McGee and C.A. O'Boyle (eds) *Individual Quality of Life. Approaches to Conceptualisation and Assessment*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.

Hunt, S.M. and McKenna, S.P. (1992) British adaptation of the General Well-Being Index: a new tool for clinical research. *British Journal of Medical Economics*, 2: 49–60.

Hunt, S.M. and McKenna, S.P. (1993) Measuring patients' views of their health. SF-36 misses the mark (letter). *British Medical Journal*, 307: 125.

Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwan, J. *et al.* (1980) A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 34: 281–6.

Hunt, S.M., McKenna, S.P. and Williams, J. (1981) Reliability of a population survey tool for measuring perceived health problems: a study of patients with osteoarthrosis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 35: 297–300.

Hunt, S.M., McEwan, J., McKenna, S.P. *et al.* (1984a) Subjective health assessments and the perceived outcome of minor surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 28: 105–14.

Hunt, S.M., McEwan, J. and McKenna, S.P. (1984b) Perceived health: age and sex comparisons in a community. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 34: 281–6.

Hunt, S.M., McEwan, J. and McKenna, S.P. (1986) *Measuring Health Status*. London: Croom Helm.

Huppert, F.A. and Garcia, A.W. (1991) Qualitative differences in psychiatric symptoms between high risk groups assessed on a screening test (GHQ-30). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26: 252–8.

Huppert, F.A., Walters, D.E., Day, N.E. and Elliott, B.J. (1989) The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-30). A reliability study on 6317 community residents. *British Journal of Psychiatry*, 155: 178–85

Hutchinson, T.A., Boyd, N.F. and Feinstein, A.R. (1979) Scientific problems in clinical scales as demonstrated in the Karnofsky index of performance status. *Journal of Chronic Diseases*, 32: 661–6.

Hwang, S.S., Chang, V.T., Rue, M. and Kasimis, B. (2003) Multi-dimensional independent predictors of cancer-related fatigue. *Journal of Pain Symptom Management*, 26: 604–14.

Hyde, M., Wiggins, R.D., Higgs, P. and Blane, D. (2003) A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Ageing and Mental Health*, 7: 186–94.

Hyland, M.E. and Kenyon, P. (1992) A measure of positive health-related quality of life: the Satisfaction with Illness Scale. *Psychological Reports*, 71: 1137–8.

Hyler, S.E. and Rieder, R.O. (1987) Personality Diagnostic Questionnaire-Revised. New York: New York State Psychiatric Institute.

Hyyppä, M.T. and Mäki, J. (2003) Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health Education Research*, 18: 770–9.

Idler, E.L. and Kasl, S.V. (1995) Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *Journal of Gerontology (B)*, 50: S344–53.

Inglehart, R. and Rabier, J.R. (1986) Aspirations adapt to situations – but why are the Belgians so much happier than the French? A cross-cultural analysis of the subjective quality of life, in F.M. Andrews (ed.) *Research on the Quality of Life*. Ann Arbor, MI: Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan.

Insinga, R.P. and Fryback, D.G. (2003) Understanding differences between self-ratings and population ratings for health in the EuroQol. *Quality of Life Research*, 12: 611–19.

Isaacs, B. and Walkey, F.A. (1964) Measurement of mental impairment in geriatric practice. *Gerontology Clinic*, 6: 114–23.

Jachuck, S.J., Brierly, H., Jachuk, S. *et al.* (1982) The effect of hypotensive drugs on the quality of life. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 32: 103–5.

Jagger, C. and Lindesay, J. (1997) Residential care for elderly people: the prevention of cognitive impairment and behavioural problems. *Age and Ageing*, 26: 475–80.

Jenkinson, C. and Layte, R. (1997) Development and testing of the UK SF-12 (short form health survey). *Journal of Health Services Research and Policy*, 2: 14–18.

Jenkinson, C. and McGee, H. (1998) *Health Status Measurement: A Brief but Critical Introduction*. Oxford: Radcliffe Medical Press.

Jenkinson, C., Fitzpatrick, R. and Argyle, M. (1988) The Nottingham Health Profile: an analysis of its sensitivity in differentiating illness groups. *Social Science and Medicine*, 27: 1411–14.

Jenkinson, C., Ziebland, S., Fitzpatrick, R. *et al.* (1991) Sensitivity to change of weighted and unweighted versions of two health status measures. *International Journal of Health Sciences*, 2: 189–94.

Jenkinson, C., Coulter, A. and Wright, L. (1993) Short Form 36 (SF-36) health survey questionnaire. Normative data for adults of working age. *British Medical Journal*, 306: 1437–40.

Jenkinson C., Layte, R., Wright, L. and Coulter, A. (1996) *The UK SF-36: An Analysis and Interpretation Manual*. Oxford: University of Oxford, Health Services Research Unit, Department of Public Health and Primary Care.

Jenkinson, C., Layte, R. and Lawrence, K. (1997) Development and testing of the SF-36 summary scale scores in the United Kingdom: results from a large-scale survey and clinical trial. *Medical Care*, 35: 410–16.

Jenkinson, C., Stewart-Brown, S., Petersen, S. and Paice, C. (1999) Assessment of the SF-36 Mark 2 in the United Kingdom. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53: 46–50.

Jenkinson, C., Mant, J., Carter, J. *et al.* (2000) The London handicap scale: a re-evaluation of its validity using standard scoring and simple summation. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 68: 365–7.

Jette, A.M. (1980) The Functional Status Index: Reliability of a chronic disease evaluation instrument. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 61: 395–401.

Jirik-Babb, P. and Geliebter, A. (2003) Comparison of psychological characteristics of binging and non-binging obese, adult, female outpatients. *Eating and Weight Disorders*, 8: 173–7.

Jitapunkul, S., Pillay, I. and Ebrahim, S. (1991) The Abbreviated Mental Test: its use and validity. *Age and Ageing*, 20: 332–6.

Jones, D.A., Victor, C.R. and Vetter, N.J. (1985) The problem of loneliness in the elderly in the community: characteristics of those who are lonely and the factors related to the loneliness. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35: 136–9.

Joore, M.A., Potjewijd, J., Timmerman, A.A. *et al.* (2002) Response shift in the measurement of quality of life in hearing impaired adults after hearing aid fitting. *Quality of Life Research*, 11: 299–307.

Joyce, C.R.B., McGee, H.M. and O'Boyle, C.A. (1999) Individual quality of life: review and outlook, in C.R.B. Joyce, C.A. O'Boyle and H. McGee, *Individual Quality of Life: Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Joyce, C.R., Hickey, A., McGee, H.M. and O'Boyle, C.A. (2003) A theory-based method for the evaluation of individual quality of life: the SEIQoL. *Quality of Life Research*, 12: 275–80.

Julious, S.A., George, S. and Campbell, J. (1995) Sample sizes for studies using the short form 36 (SF-36). *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49: 642–4.

Juniper, E.F., Guyatt, G.H., Streiner, D.L. and King, D.R. (1997) Clinical impact versus factor analysis for quality of life questionnaire construction. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50: 233–8.

Kafonek, S., Ettinger, W.H., Roca, R. *et al.* (1989) Instruments for screening for depression and dementia in a long term care facility. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37: 29–34.

Kane, R.L., Rockwood, T., Philp, I. and Finch, M. (1998) Differences in valuation of functional status components among consumers and professionals in Europe and the United States. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51: 657–66.

Kahn, R.L., Goldfarb, A.I., Pollack, M. *et al.* (1960a) The relationship of mental and physical status in institutionalized aged persons. *American Journal of Psychiatry*, 117: 120–4.

Kahn, R.L., Goldfarb, A.I., Pollack, M. *et al.* (1960b) Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry*, 117: 326–8.

Khan, A., Khan, S.R., Shankles, E.B. and Polissar, N.L. (2002) Relative sensitivity of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, the Hamilton Depression rating scale and the Clinical Global Impressions rating scale in antidepressant clinical trials. *International Clinical Psychopharmacology*, 17: 281–5.

Kalra, L. and Crome, P. (1993) The role of prognostic scores in targeting stroke rehabilitation in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 41: 396–400.

Kalson, C. (1976) MASH – a program of social interaction between institutionalised aged and adult mentally retarded persons. *The Gerontologist*, 16: 340–8.

Kammann, R. and Flett, R. (1983) Affectometer 2: a scale to measure current level of general happiness. *Australian Journal of Psychology*, 35: 259–65.

Kaplan, B.H. (1975) An epilogue: toward further research on family and health, in B.H. Kaplan and J.C. Cassel (eds) *Family and Health: An Epidemiological Approach*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina, Institute for Research and Social Science.

Kaplan, G.A. and Camacho, T. (1983) Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the Human Population Laboratory Cohort. *American Journal of Epidemiology*, 117: 292–8.

Kaplan, G.A., Salonen, J.T., Cohen, R.D. *et al.* (1988) Social connections and mortality from all causes and cardio-vascular disease: prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 128: 370–80.

Kaplan, H.B. and Pokorny, A.D. (1969) Self derogation and psychosocial adjustment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149: 421–34.

Kaplan, R. (1985) Social support and social health, in I. Sarason and B. Sarason (eds) *Social Support Theory, Research and Application*. The Hague: Nijhoff.

Kaplan, R.M. (1988) New health promotion indicators: the general health policy model. *Health Promotion*, 3: 35–48.

Kaplan, R.M. (1994) Using quality of life information to set priorities in health policy. *Social Indicators Research*, 33: 121–63.

Kaplan, R.M. and Anderson, J.P. (1988) The quality of well being scale. Rationale for a single quality of life index, in S.R. Walker and R. Rosser (eds) *Quality of Life: Assessment and Application*. London: MTP Press.

Kaplan, R.M. and Bush, J.W. (1982) Health-related quality of life measurement for evaluation research analysis. *Health Psychology*, 1: 61–80.

Kaplan, R.M. and Ernst, J.A. (1983) Do category rating scales produce biased preference weights for a health index? *Medical Care*, 21: 193–207.

Kaplan, R.M., Bush, J.W. and Berry, C.C. (1976) Health status: types of validity and the Index of Wellbeing. *Health Services Research*, 11: 478–507.

Kaplan, R.M., Bush, J.W. and Berry, C.C. (1978) The reliability, stability and generalizability of a health status index. American Statistical Association, *Proceedings of the Social Statistics Section*, 704–9.

Kaplan, R.M., Bush, J.W. and Berry, C.C. (1979) Health Status Index: category rating versus magnitude estimation for measuring levels of well being. *Medical Care*, 17: 501–23.

Kaplan, R.M., McCutchan, J.A., Navarro, A.M. *et al.* (1994) Quality adjusted survival analysis: a neglected application of the quality of well-being scale. *Psychology and Health*, 9: 131–41.

Kaplan, R.M., Anderson, J.P., Patterson, T.L. *et al.* (1995) Validity of the Quality of Well-Being Scale for persons with human immunodeficiency virus infection. *Psychosomatic Medicine*, 57: 138–47.

Karnofsky, D.A. and Burchenal, J.H. (1949) The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer, in C.M. McLeod (ed.) *Evaluation of Chemotherapeutic Agents*. Columbia: Columbia University Press.

Karnofsky, D.A., Abelmann, W.H., Craver, L.F. *et al.* (1948) The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer*, 1: 634–56.

Kasl, S. and Cobb, S. (1966) Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12: 246–66.

Kasl, S.V. and Cooper, C.L. (1987) *Stress and Health Issues in Research Methodology*. Chichester: John Wiley.

Kaszniak, A.W. and Allender, J. (1985) Psychological assessment of depression in older adults, in G.M.

Chaisson-Stewart (ed.) *Depression in the Elderly: An Interdisciplinary Approach*. New York: John Wiley.

Katz, J.N., Larson, M.G., Phillips, C.B. *et al.* (1992) Comparative measurement sensitivity of short and longer health status instruments. *Medical Care*, 30: 917–25.

Katz, S. and Akpom, C.A. (1976) Index of ADL. *Medical Care*, 14: 116–18.

Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W. *et al.* (1963) Studies of illness in the aged: the index of ADL – a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185: 914–19.

Katz, S., Ford, A.B., Chinn, A.B. *et al.* (1966) Prognosis after strokes: long-term course of 159 patients with stroke. *Medicine*, 45: 236–46.

Katz, S., Vignos, P.J., Moskowitz, R.W. *et al.* (1968) Comprehensive outpatient care in rheumatoid arthritis: a controlled study. *Journal of the American Medical Association*, 206: 1249.

Katz, S., Downs, T.D., Cash, H.R. *et al.* (1970) Progress in the development of and index of ADL. *Gerontologist*, 10: 20–30.

Katz, S., Akpom, C.A., Papsidero, J.A. *et al.* (1973) Measuring the health status of populations, in R.L. Berg (ed.) *Health Status of Populations*. Chicago, IL: Hospital Research and Educational Trust.

Kaufman, A.V. (1990) Social network assessment: a critical component in case management for functionally impaired older persons. *International Journal of Aging and Human Development*, 30: 63–75.

Kawachi, I. and Berkman, L. (2000) Social cohesion, social capital and health, in L.F. Berkman and I. Kawachi (eds) *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.

Kawachi, I., Kennedy, B.P., Lochner, K. and Prothrow-Stith, D. (1997a) Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*, 87, 1491–8.

Kawachi, I., Kennedy, B.P. and Lochner, K. (1997b) Long live community: social capital as public health. *The American Prospect*, November/December: 56–9.

Kawachi, I., Kennedy, B.P. and Glass, R. (1999) Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89, 1187–93.

Kay, D.W.K., Beamish, P. and Roth, M. (1964) Old age mental disorders in Newcastle upon Tyne. Part I: a study of prevalence. *British Journal of Psychiatry*, 110: 146–58.

Kearns, N.P., Cruickshank, C.A., McGuigan, K.J. *et al.* (1982) A comparison of depression rating scales. *British Journal of Psychiatry*, 141: 45–9.

Keyes, C.L., Shmotkin, D. and Ryff, C.D. (2002) Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82: 1007–22.

Kidd, D., Stewart, G., Baldry, J. *et al.* (1995) The Functional Independence Measure: a comparative validity and reliability study. *Disability and Rehabilitation*, 17: 10–14.

Kind, P. (1996) The EuroQol instrument: an index of health-related quality of life, in B. Spilker (ed.) *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2nd edn. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven.

Kind, P. (undated) *Scaling the Nottingham Health Profile*. Mimeo. York: University of York, Centre for Health Economics.

Kind, P. and Carr-Hill, R. (1987) The Nottingham Health Profile: a useful tool for epidemiologists? *Social Science and Medicine*, 25: 905–10.

Kind, P., Hardman, G. and Macran, S. (1999) Population norms for EQ-5D. York: University of York: Centre for Health Economics. Discussion Paper no. 172. November.

King, J.T. and Roberts, M.S. (2002) Validity and reliability of the Short form 36 in cervical spondylotic myelopathy. *Journal of Neurosurgery*, 97: 180–5.

Kiran, R.P., Delaney, C.P., Senagore, A.J. *et al.* (2003) Prospective assessment of Cleveland Global Quality of Life (CGQL) as a novel marker of quality of life and disease activity in Crohn's disease. *American Journal of Gastroenterology*, 98: 1783–9.

Kirby, M., Denihan, A., Bruce, I. *et al.* (2000) The pattern of support networks among the community dwelling elderly in urban Ireland: variations with mental disorder. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 17: 43–9.

Kirwan, R.J. and Reeback, J.S. (1983) Using a modified Stanford Health Assessment Questionnaire to assess disability in UK patients with rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 42: 219–20.

Knapp, M.R.J. (1976) Predicting the dimensions of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 31: 595–604.

Knesevich, J.W., Biggs, J.T., Clayton, P.J. and Ziegler, V.E. (1977) Validity of the Hamilton rating scale for depression. *British Journal of Psychiatry*, 131: 49–52.

Knight, R.G., Waal-Manning, H.J. and Spears, G.F. (1983) Some norms and reliability data for the State-Trait Anxiety Inventory and the Zung Self-Rating Depression Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 22: 245–9.

Koenig, H.G., Meador, K.G., Cohen, H.J. *et al.* (1988) Self-rated depression scales and screening for major depression in the older hospitalized patient with medical illness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36: 699–706.

Kohn, M.L. (1969) *Class and Conformity: A Study in Values*. Homewood, IL: Dorsey.

Kokenes, B. (1974) Grade level differences in factors of self esteem. *Developmental Psychology*, 10: 954–8.

Korner, A., Nielsen, B.M., Eschen, F. *et al.* (1990) Quantifying depressive symptomatology: inter-rater and

inter-item correlations. *Journal of Affective Disorders*, 20: 140–9.

Kovacs, M. and Beck, A.T. (1977) An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression, in J.G. Schulterbrandt and A. Raskin (eds) *Depression in Childhood: Diagnosis, Treatment and Conceptual Models*. New York: Raven Press.

Kozma, A. and Stones, M.J. (1987) Social desirability in measures of subjective well-being: a systematic evaluation. *Journal of Gerontology*, 42: 56–9.

Krefetz, D.G., Steer, R.A., Gulab, N.A. and Beck, A.T. (2002) Convergent validity of the Beck depression inventory-II with the Reynolds Adolescent Depression Scale in psychiatric in-patients. *Journal of Personality Assessment*, 78: 451–60.

Kritz-Silverstein, D., Wingard, D.L. and Barrett-Connor, E. (2002) Hysterectomy status and life satisfaction in older women. *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, 11: 181–90.

Kuipers, P.M., Denollet, J., Lousberg, R. *et al.* (2003) Validity of the hospital anxiety and depression scale for use with patients with noncardiac chest pain. *Psychosomatics*, 44: 329–35.

Kurtin, P.S., Davies, A.R., Meyer, K.B. *et al.* (1992) Patient-based health status measurements in outpatient dialysis: Early experiences in developing an outcomes assessment program. *Medical Care*, 30: MS136–MS149 (suppl. 5).

Kushman, J. and Lane, S. (1980) A multivariate analysis of factors affecting perceived life satisfaction and psychological well-being among the elderly. *Social Science Quarterly*, 61: 264–77.

Kutlay, S., Nergizoglu, G., Kutlay, S. *et al.* (2003) General or disease specific questionnaire? A comparative study in hemodialysis patients. *Renal Failure*, 25: 95–103.

Kutner, B., Fanshel, D., Togo, A.M. *et al.* (1956) *Five Hundred Over 60*. New York: Russell Sage.

Kutner, N.G., Fair, P.L. and Kutner, M.H. (1985) Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 29: 23–31.

Kvaal, K., Laake, K. and Engedal, K. (2001) Psychometric properties of the state part of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in geriatric patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16: 980–6.

Lamb, K.L., Brodie, D.A. and Roberts, K. (1988) Physical fitness and health-related fitness as indicators of a positive health state. *Health Promotion*, 3: 171–82.

Land, K.C. (1975) Social indicators models: an overview, in K.C. Land and S. Spilerman (eds) *Social Indicator Models*. New York: Russell Sage Foundation.

Landgraf, J.M. and Nelson, E.C. (1992) Summary of the WONCA/COOP international health assessment field trial. *Australian Family Physician*, 21: 255–69.

Landgraf, J.M., Nelson, E.C., Hays, R.D. *et al.* (1990) Assessing function: does it really make a difference? A preliminary evaluation of the acceptability and utility of the COOP function charts, in M. Lipkin (ed.) *Functional Status Measurement in Primary Care*. New York: Springer-Verlag.

Langius, A. (1995) Quality of life in a group of patients with oral and pharyngeal cancer. Sense of coherence, functional status and well-being. Stockholm: Department of Medicine, Centre of Caring Sciences North, Karolinska Institute.

Langius, A., Bjorvell, H. and Antonovsky, A. (1992) The sense of coherence concept and its relation to personality traits in Swedish samples. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 6: 165–71.

Langius, A., Björvell, H. and Lind, M. (1994) Functional status and coping in patients with oral and pharyngeal cancer before and after surgery. *Head and Neck*, 16: 559–68.

Larson, R. (1978) Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33: 109–25.

Lawton, M.P. (1972) The dimensions of morale, in D. Kent, R. Kastenbaum and S. Sherwood (eds) *Research, Planning and Action for the Elderly*. New York: Behavioral Publications.

Lawton, M.P. (1975) The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *Journal of Gerontology*, 30: 85–9.

Lawton, M.P. (1991) Background. A multidimensional view of quality of life in frail elders, in J.E. Birren, J. Lubben, J. Rowe and D. Deutchman (eds) *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego, CA: Academic Press.

Leff, J. (ed.) (1993) The TAPS project: evaluating community placement of long stay psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 162: 1–56 (suppl. 19).

Leff, J., O'Driscoll, C., Dayson, D. *et al.* (1990) The TAPS project: V. The structure of social network data obtained from long-stay patients. *British Journal of Psychiatry*, 157: 848–52.

Lehman, A. (1983) The well being of chronic mental patients. *Archives of General Psychiatry*, 40: 369–73.

Lehman, A. (1988) A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 11: 51–62.

Leighton, A.H. (1959) *My Name is Legion: Foundations for a Theory of Man in Relation to Culture*. New York: Basic Books.

Leighton Read, J., Quinn, R.J. and Hoefer, M.A. (1987) Measuring overall health: an evaluation of three important approaches. *Journal of Chronic Diseases*, 40(Supplement 1): 7S–21S.

Leplege, A., Reveilere, C., Ecosse, E. *et al.* (2000) Psychometric properties of a new instrument for evaluating quality of life, the WHOQOL-26, in a population of patients with neuromuscular diseases. *Encephale*, 26: 13–22.

Lerner, M. (1973) Conceptualization of health and well-being. *Health Services Research*, 8: 6–12.

Lesher, E.L. (1986) Validation of the Geriatric Depression Scale among nursing home residents. *Clinical Gerontology*, 4: 21–8

Levine, M.N., Guyatt, G.H., Gent, M. *et al.* (1988) Quality of life in stage II breast cancer: An instrument for clinical trials. *Journal of Clinical Oncology*, 6: 1798–810.

Le Fevre, P., Devereaux, J., Smith, J. *et al.* (1999) Screening for psychiatric illness in the palliative care inpatient setting, a comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire. *Palliative Medicine*, 12: 399–407.

Lewis, C.A., Shevlin, M.E., Bunting, B.P. and Joseph, S. (1995) Confirmatory factor analysis of the Satisfaction with Life Scale: replication and methodological refinement. *Journal of Perceptual and Motor Skills*, 80: 304–6.

Lewis, G. and Wessely, S. (1990) Comparison of the General Health Questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 157: 860–4.

Li, Y. (2003) Social capital and social exclusion in England and Wales (1972–1999). *British Journal of Sociology*, 54: 497–526.

Liang, J. (1984) Dimensions of the life satisfaction Index A: a structural formation. *Journal of Gerontology*, 39, 613–22.

Liang, J. and Bollen, K.A. (1983) The structure of the Philadelphia Center Morale Scale: a reinterpretation. *Journal of Gerontology*, 38: 77–84.

Liang, J. and Bollen, K.A. (1985) Sex differences in the structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. *Journal of Gerontology*, 40: 468–77.

Liang, M.H., Larson, M., Cullen, K. and Schwartz, J. (1985) Comparative measurement efficiency and sensitivity of five health status instruments for arthritis research. *Arthritis and Rheumatism*, 28: 524–47.

Liang, J., Bennett, J., Akiyama, H. and Maeda, D. (1992) The structure of the PGC Morale Scale in American and Japanese aged: a further note. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 7: 45–68.

Liddle, J., Gilleard, C. and Neil, A. (1993) Elderly patients' and their relatives' views on CPR (letter). *Lancet*, 342: 1055.

Liem, G.R. and Liem, J.H. (1978) Social support and stress: Some general issues and their application to the problems of unemployment. Unpublished manuscript. Boston College and University of Massachusetts.

Likert, R. (1952) A technique for the development of attitude scales. *Educational and Psychological Measurement*, 12: 313–15.

Lim, L.L. and Fisher, J.D. (1999) Use of the 12-item short form (SF-12) health survey in an Australian heart and stroke population. *Quality of Life Research*, 8: 1–8.

Lin, N., Simeone, R., Ensel, W. *et al.* (1979) Social support, stressful life events and illness, a model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behaviour*, 20: 108–19.

Lin, Y.L. (2002) The role of perceived social support and dysfunctional attitudes in predicting Taiwanese adolescents' depressive tendency. *Adolescence*, 37: 823–34.

Lindfors, P. (2002) Positive health in a group of Swedish white-collar workers. *Psychological Reports*, 91: 839–45.

Lintern, T.C., Beaumont, J.G., Kenealy, P.M. and Murrell, R.C. (2001) Quality of life (QoL) in severely disabled multiple sclerosis patients: comparison of three QoL measures using multidimensional scaling. *Quality of Life Research*, 10: 371–78.

Linzer, M., Pontinen, M., Gold, D. *et al.* (1991) Impairment of physical and psychological function in recurrent syncope. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44: 1037–43.

Little, A., Hemsley, D., Bergman, K. *et al.* (1987) Comparison of the sensitivity of three instruments for the detection of cognitive decline in the elderly living at home. *British Journal of Psychiatry*, 150: 808–14.

Llobera, J., Esteva, M., Benito, E. *et al.* (2003) Quality of life for oncology patients during the terminal period. Validation of the HRCA QL index. *Support Care Cancer*, 11: 294–303.

Lloyd-Williams, M., Friedman, T. and Rudd, N. (2001) An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in patients with advanced metastatic cancer. *Journal of Pain Symptom Management*, 22: 990–6.

Lohmann, N. (1977) Correlations of life satisfaction, morale and adjustment measures. *Journal of Gerontology*, 32: 73–5

Louks, J., Hayne, C. and Smith, J. (1989) Replicated factor structure of the Beck Depression Inventory. *Journal of Nervous Mental Disease*, 177: 473–9.

Lovas, K., Kalo, Z., McKenna, S.P. *et al.* (2003) Establishing a standard for patient-completed instrument adaptations in eastern Europe: experience with the Nottingham Health Profile in Hungary. *Health Policy*, 63: 49–61.

Love, A., Lochoeuf, D.C. and Crisp, T.C. (1989) Chiropractic chronic low back pain sufferers and self-report assessment methods. Part 1. A reliability study of the Visual Analogue Scale, the pain drawing and the McGill Pain Questionnaire. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 12: 21–5.

Lowe, D.J. (1975) *The Cornell Indices: A Bibliography of Health Questionnaires*. New York: Cornell University Medical College Library, Reference and Information Services.

Lowe, N.K., Walker, S.N. and McCallum, R.C. (1991) Confirming the theoretical structure of the McGill

Pain Questionnaire in acute clinical pain. *Pain*, 46: 53–62.

Lowenthal, M.F. and Haven, C. (1968) Interaction and adaptation: intimacy as a critical variable. *American Sociological Review*, 33: 20–30.

Lowrie, E.G., Curtain, R.B., Lepain, N. and Schatell, D. (2003) Medical outcomes study short form-36: a consistent and powerful predictor of morbidity and mortality in dialysis patients. *American Journal of Kidney Disease*, 41: 1286–92.

Lubben, J.E. (1985) Health and psychological assessment instruments of community-based long term care: the California Multipurpose Senior Services Project (MSSP) experience. Dissertation, Berkeley, CA: University of California.

Lubben, J.E. (1988) Assessing social networks among elderly populations. *Family and Community Health*, 11: 42–52.

Lubeck, D.P. (2002) Health-related quality of life measurements and studies in rheumatoid arthritis. *American Journal of Managed Care*, 8: 811–20.

Lubeck, D.P. and Fries, J.F. (1992) Changes in quality of life among persons with HIV infection. *Quality of Life Research*, 1: 359–66.

Luo, N., Chew, L.H., Fong, K.Y. *et al.* (2003) A comparison of the EuroQol-5D and the Health Utilities Index mark 3 in patients with rheumatic disease. *Journal of Rheumatology*, 30: 2268–74.

Lyons, J.S., Strain, J.J., Hammer, J.S. *et al.* (1989) Reliability, validity, and temporal stability of the Geriatric Depression Scale in hospitalized elderly. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 19: 203–9.

Lyons, R.A., Perry, H.M. and Littlepage, B.N.C. (1994) Evidence for the validity of the short-form 36 questionnaire (SF-36) in an elderly population. *Age and Ageing*, 23: 182–4.

Lyons, R.A., Crome, P., Monaghan, S. *et al.* (1997) Health status and disability among elderly people in three UK districts. *Age and Ageing*, 26: 203–9.

Lyons, R.A., Wareham, K., Lucas, M. *et al.* (1999) SF-36 scores vary by method of administration: implications for study design. *Journal of Public Health Medicine*, 21: 41–5.

McColl, E., Steen, I.N., Meadows, K.A. *et al.* (1995) Developing outcome measures for ambulatory care – an application to asthma and diabetes. Special Issue 'Quality of Life' in *Social Science and Medicine*, 10: 1339–48.

McDowell, I. and Newell, C. (1996) *Measuring Health, A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, 2nd edn. New York: Oxford University Press.

McGee, H.M., O'Boyle, C.A., Hickey, A. *et al.* (1991) Assessing the quality of life of the individual: The SEIQoL with a healthy and a gastroenterology unit population. *Psychological Medicine*, 21: 749–59.

McGee, M.A., Johnson, L. and Kay, D.W.K. and the analysis group of the MRC CFAS study (1998) The descriptions of activities of daily living in five centres in England and Wales. *Age and Ageing*, 27: 605–13.

McGuire, B. and Tinsley, H.E.A. (1981) A contribution to the construct validity of the Tennessee Self-Concept Scale: a confirmatory factor analysis. *Applied Psychological Measurement*, 5: 449–57.

McHorney, C.A., Ware, J.E., Rogers, W. *et al.* (1992) The validity and relative precision of MOS short- and long-form health status scales and Dartmouth COOP Charts: results from the medical outcomes study. *Medical Care*, 30: MS253–MS265.

McHorney, C.A., Ware, J.E. and Raczek, A.E. (1993) The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31: 247–63.

McHorney, C.A., Kosinski, M. and Ware, J.E. (1994) Comparisons of the costs and quality of norms for the SF-36 Health Survey collected by mail versus telephone interview: results from a national survey. *Medical Care*, 32: 551–67.

McKenna, S.P., Hunt, S.M. and McEwan, J. (1981) Weighting the seriousness of perceived health problems using Thurstone's method of paired comparisons. *International Journal of Epidemiology*, 10: 93–7.

McKenna, S.P., McEwan, J., Hunt, S.M. *et al.* (1984) Changes in the perceived health of patients recovering from fractures. *Public Health*, 98: 97–102.

McMillan, S.C. (1996) Quality-of-life assessment in palliative care. *Cancer Control*, 3: 223–9.

McMurdo, M.E.T. and Rennie, L. (1993) A controlled trial of exercise by residents of old people's homes. *Age and Ageing*, 22: 11–15.

McNeil, B.J., Weichselbaum, R. and Pauker, S.G. (1978) Fallacy of the five year survival in lung cancer. *New England Journal of Medicine*, 299: 1397–401.

McNeil, B.J., Weichselbaum, R. and Pauker, S.G. (1981) Speech and Survival: tradeoffs between quality and quantity of life in laryngeal cancer. *New England Journal of Medicine*, 305: 982–7.

McPherson, F.M., Gamsu, C.V., Kiemle, G. *et al.* (1985) The concurrent validity of the survey version of the Clifton Assessment Procedures for the Elderly (CAPE). *British Journal of Clinical Psychology*, 24: 83–91.

McQuay, H.J. (1990) Assessment of pain, and effectiveness of treatment, in A. Hopkins and D. Costain (eds) *Measuring the Outcomes of Medical Care*. London: Royal College of Physicians.

McWhirter, B.T. (1990) Factor analysis of the Revised UCLA Loneliness Scale. *Current Psychology Research and Reviews*, 9: 56–68.

McWilliam, C., Copeland, J.R.M., Dewey, M.E. *et al.* (1988) The geriatric mental state examination as a case finding instrument in the community. *British Journal of Psychiatry*, 152: 205–8.

Macduff, C. and Russell, E. (1998) The problem of measuring change in individual health-related quality of life by postal questionnaire: use of the patient generated index in a disabled population. *Quality of Life Research*, 7: 761–9.

Maes, S., Vingerhoets, A. and Van Heck, G. (1987) The study of stress and disease: some developments and requirements. *Social Science and Medicine*, 25: 567–78.

Magne, I.U., Ojehagen, A. and Traskman, B.L. (1992) The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86: 153–8.

Mahon, N.E. and Yarcheski, A. (1990) The dimensionality of the UCLA Loneliness Scale in early adolescents. *Research in Nursing and Health*, 13: 45–52.

Mahon, N.E., Yarcheski, T.J. and Yarcheski, A. (1995) Validation of the revised UCLA Loneliness Scale for adolescents. *Research in Nursing and Health*, 18: 263–70.

Mahoney, F.I. and Barthel, D.W. (1965) Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14: 61–5.

Maitland, S.B., Dixon, R.A., Hultsch, D.F. and Hertzog, C. (2001) Well-being as a moving target: measurement equivalence of the Bradburn Affect Balance Scale. *Journal of Gerontology (B)*, 56: 69–77.

Makowska, Z. and Merecz, D. (2000) The usefulness of the Health Status Questionnaire: D. Goldberg's GHQ-12 and GHQ-28 for diagnosis of mental disorders in workers. *Medycyna Pracy*, 51: 589–601.

Mangione, C.M., Marcantonio, E.R., Goldman, L. *et al.* (1993) Influence of age on measurement of health status in patients undergoing elective surgery. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41: 377–83.

Manne, S. and Schnoll, R. (2001) Measuring supportive and unsupportive responses during cancer treatment: a factor analytic assessment of the Partner Responses to Cancer Inventory. *Journal of Behavioral Medicine*, 24: 297–321.

Marks, N.F. and Lambert, J.D. (1999) Transitions to caregiving, gender, and psychological well-being: prospective evidence from the National Survey of Families and Households. NSFH Working Paper No. 82. Wisconsin: Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin Madison.

Mari, J.D.J. and Williams, P. (1985) A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristics (ROC) analysis. *Psychological Medicine*, 15: 651–9.

Marteau, T.M. and Bekker, H. (1992) The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *British Journal of Clinical Psychology*, 31: 301–6.

Martin, A.J. (1987) Patients and presentation: a profile from general practice. *Modern Medicine*, April: 14–18.

Martin, C.R., Lewin, R.J., Thompson, D.R. *et al.* (2003) A confirmatory factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale in coronary care patients following acute myocardial infarction. *Psychiatry Research*, 30: 85–94.

Maslow, A.H. (1954) *Motivation and Personality*. New York: Harper.

Maslow, A.H. (1962) *Toward a Psychology of Being*, 2nd edn. Princeton, NJ: Van Nostrand.

Matsuura, E., Ohta, A., Kanegae, F. *et al.* (2003) Frequency and analysis of factors closely associated with the development of depressive symptoms in patients with scleroderma. *Journal of Rheumatology*, 30: 1782–7.

Mattison, P.G., Aitken, R.C.B. and Prescott, R.J. (1991) Rehabilitation status – the relationship between the Edinburgh Rehabilitation Status Scale (ERSS), Barthel Index and PULSES Profile. *International Disability Studies*, 13: 9–11.

Mauskopf, J., Austin, R., Dix, L. *et al.* (1994) The Nottingham Health Profile as a measure of quality of life in zoster patients: convergent and discriminant validity. *Quality of Life Research*, 3: 431–5.

Mechanic, D. (1962) The concept of illness behaviour. *Journal of Chronic Diseases*, 15: 189–94.

Mechanic, D. (1978) Medical Sociology, 2nd edn. New York: The Free Press.

Medical Outcomes Trust (1993) *How to Score the SF-36 Health Survey*. Boston, MA: Medical Outcomes Trust.

Meenan, R.F. (1982) The AIMS approach to health status measurement: conceptual background and measurement properties. *Journal of Rheumatology*, 9: 785–8.

Meenan, R.F. (1985) New approaches to outcome assessment: the AIMS questionnaire for arthritis, in G.H. Stollerman (ed.) *Advances in Internal Medicine*, vol. 31. New York: Year Book Medical Publishers.

Meenan, R.F. and Mason, J.H. (1990) *AIMS2 users' guide*. Boston, MA: Boston University School of Medicine, Boston University Arthritis Center and Department of Public Health.

Meenan, R.F. and Mason, J.H. (1994) *AIMS2 users' guide* (revised). Boston, MA: Boston University School of Medicine, Boston University Arthritis Center and Department of Public Health.

Meenan, R.F., Gertman, P.M. and Mason, J.H. (1980) Measuring health status in arthritis: the arthritis impact measurement scales. *Arthritis and Rheumatism*, 23: 146–52.

Meenan, R.F., Gertman, P.M., Mason, J.H. *et al.* (1982) The arthritis impact measurement scales: further

investigations of a health status measure. *Arthritis and Rheumatism*, 25: 1048–53.

Meenan, R.F., Anderson, J.J., Kazis, L.E. *et al.* (1984) Outcome assessment in clinical trials: evidence for the sensitivity of a health status measure. *Arthritis and Rheumatism*, 27: 1344–52.

Meenan, R.F., Mason, J.H., Anderson, J.J. *et al.* (1992) AIMS2. The content and properties of a revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales Health Status Questionnaires. *Arthritis and Rheumatism*, 35: 1–10.

Mellor, K.S. and Edelmann, R.J. (1988) Mobility, social support, loneliness and well-being amongst two groups of older adults. *Journal of Personality and Individual Differences*, 9: 1–5.

Melzack, R. (1975) The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1: 277–99.

Melzack, R. (1983) *Pain Measurement and Assessment*. New York: Raven Press.

Melzack, R. (1987) The short form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30: 191–7.

Melzack, R. and Katz, J. (1992) The McGill Pain Questionnaire: appraisal and current status, in D.C. Turk and R. Melzack (eds) *Handbook of Pain Assessment*. New York: The Guilford Press.

Melzack, R. and Torgerson, W.S. (1971) On the language of pain. *Anesthesiology*, 34: 50.

Melzack, R., Terrence, C., Fromm, G. and Amsel, R. (1986) Trigeminal neuralgia and atypical face pain: use of the McGill Pain Questionnaire for discrimination and diagnosis. *Pain*, 27: 297–302.

Merrell, M. and Reed, L.J. (1949) *The Epidemiology of Health, Social Medicine, its Derivations and Objectives*. New York: The Commonwealth Fund.

Messick, S. (1980) Test validity and the ethics of assessment. *American Psychologist*, 35: 1012–27.

Metcalfe, M. and Goldman, E. (1965) Validation of an inventory for measuring depression. *British Journal of Psychiatry*, 111: 240–2.

Meyboom-de Jong, B. and Smith, R.J.A. (1990) Studies with the Dartmouth COOP Charts in general practice: comparison with the Nottingham Health Profile and the General Health Questionnaire, in M. Lipkin (ed.) *Functional Status Measurement in Primary Care*. New York: Springer Verlag.

Meyer-Rosenberg, K., Burckhardt, C.S., Huizar, K. *et al.* (2001) A comparison of the SF-36 and Nottingham Health Profile in patients with chronic neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 5: 391–403.

Michalos, A.C. (1986) Job satisfaction, marital satisfaction and the quality of life: a review and preview, in F.M. Andrews (ed.) Research on the quality of life. Ann Arbor, MI: Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan.

Michalos, A.C., Hubley, A.M., Zumbo, B.D. *et al.* (2001) Health and other aspects of the quality of life of older people. *Social Indicators Research*, 54: 239–74.

Michaud, K., Messer, J., Choi, H.K. and Wolfe, F. (2003) Direct medical costs and their predictors in patients with rheumatoid arthritis: a three year study of 7,527 patients. *Arthritis and Rheumatism*, 48: 2750–62.

Milne, J.S., Maule, M.M., Cormack, S. *et al.* (1972) The design and testing of a questionnaire and examination to assess physical and mental health in older people using a staff nurse as the observer. *Journal of Chronic Diseases*, 25: 385–405.

Mitchell, J.C. (1969) The concept and use of social networks, in J.C. Mitchell (ed.) *Social Networks in Urban Situations: Analysis of Personal Relationships in Central African Towns*. Manchester: Manchester University Press.

Mitchell, R.E. and Trickett, E.J. (1980) Social networks as mediators of social support: an analysis of the effects and determinants of social networks. *Community Mental Health Journal*, 16: 27–44.

Moinpour, C.M., Lyons, B., Schmidt, S.P. *et al.* (2000) Substituting proxy ratings for patient ratings in cancer clinical trials: an analysis based on Southwest Oncology Group trial patients with brain metastases. *Quality of Life Research*, 9: 219–31.

Monk, M. (1981) Blood pressure awareness and psychological well-being in the Health and Nutrition Examination Survey. *Clinical Investigative Medicine*, 4: 183–9.

Montgomery, S.A. and Asberg, M. (1979) A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134: 382–9.

Montgomery, S.A., Asberg, M., Traskman, L. and Montgomery, D. (1978) Cross cultural studies on the use of the CPRS in English and Swedish depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 271: 3–37 (suppl.).

Moorey, S., Greer, S., Watson, M. *et al.* (1991) The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *British Journal of Psychiatry*, 158: 255–9.

Moos, R.H. and Moos, B.S. (1981) *Manual for Family Environment Scale*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Moos, R.H. and Moos, B.S. (1994) *Family Environment Scale (FES) and Manual*, 3rd edn. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Mor, V. (1987) Cancer patients' quality of life over the disease course: lessons from the real world. *Journal of Chronic Disease*, 40: 535–44.

Mor, V., Laliberte, L., Morris, J.N. *et al.* (1984) The Karnofsky performance status scale: an examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer*, 53: 2002–7.

Moreno, J.K., Fuhrman, A. and Selby, M.J. (1993) Measurement of hostility, anger, and depression in depressed and non-depressed subjects. *Journal of Personality Assessment*, 61: 511–22.

Morgan, K., Dallosso, H.M., Arie, T. *et al.* (1987) Mental health and psychological well-being among the old and the very old living at home. *British Journal of Psychiatry*, 150: 801–7.

Morris, J.N. (1975) Changes in morale experienced by the elderly institutionalized applicants along the institutional path. *Gerontologist*, 15: 345–9.

Morris, J.N. and Sherwood, S. (1975) A re-testing and modification of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. *Journal of Gerontology*, 30: 77–84.

Morris, J.N. and Sherwood, S. (1987) Quality of life of cancer patients at different stages in the disease trajectory. *Journal of Chronic Disease*, 40: 545–53.

Morris, J.N., Wolf, R.S. and Klerman, L.V. (1975) Common themes among morale and depression scales. *Journal of Gerontology*, 30: 209–15.

Morris, J.C.D., Suissa, A., Sherwood, S. *et al.* (1986) Last days: a study of the quality of life of terminally ill cancer patients. *Journal of Chronic Disease*, 39: 47–62.

Morris, L.W., Morris, R.G. and Britton, P.G. (1989) Social support networks and formal support as factors influencing the psychological adjustment of spouse caregivers of dementia sufferers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4: 47–51.

Morton-Williams, J. (1979) Alternative patterns of care for the elderly: Methodological report. London. *Social and Community Planning Research*.

Motzer, S.A., Hertig, V., Jarrett, M. *et al.* (2003) Sense of coherence and quality of life in women with and without irritable bowel syndrome. *Nursing Research*, 52: 329–37.

Mowbray, R.M. (1972) The Hamilton Rating Scale for Depression: A factor analysis. *Psychological Medicine*, 2: 272.

Mukler, P.H. and Sluijs, E.M. (1993) Dependent elderly. Quality of life indicators. Bibliography no. 48. The Netherlands: Netherlands Institute of Primary Health Care (NIVEL).

Mulder, R.T., Joyce, P.R. and Frampton, C. (2003) Relationships among measures of treatment outcome in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 76: 127–35.

Mulgrave, N.W. (1985) Clifton Assessment Procedures for the elderly, in D.J. Keyser and R.C. Sweetland (eds) *Test Critiques*, vol. II. Kansas City, MI: Test Corporation of America.

Muller, M.J. and Dragicevic, A. (2003) Standardized rater training for the Hamilton Depression Rating Scale (HAMD-17) in psychiatric novices. *Journal of Affective Disorders*, 77: 65–9.

Mumford, D.B., Tareen, I.A., Bajwa, M.A. *et al.* (1991) The translation and evaluation of an Urdu version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83: 81–5.

Nagi, S. (1965) Some conceptual issues in disability and rehabilitation, in M. Sussman (ed.) *Sociology and Rehabilitation*. Washington, DC: American Sociological Society.

Nagi, S. (1991) Disability concepts revisited: implications for prevention, in A. Pope and A. Tarlov (eds) *Disability in America: Towards a National Agenda for Prevention*. Washington, DC: National Academy Press.

Nakayama, T., Toyoda, H., Ohno, K. *et al.* (2000) Validity, reliability and acceptability of the Japanese version of the General Well Being Schedule. *Quality of Life Research*, 9: 529–39.

Nanda, U., McLendon, P.M., Andresen, E.M. and Armbrecht, E. (2003) The SIP68: an abbreviated Sickness Impact Profile for disability outcomes research. *Quality of Life Research*, 12: 583–95.

National Heart and Lung Institute (1976) Report of a task group on cardiac rehabilitation, in *Proceedings of the Heart and Lung Institute Working Conference on Health Behavior*. Bethesda, MD: US Department of Health, Education and Welfare.

Naughton, M.J. and Wiklund, I. (1993) A critical review of dimension-specific measures of health related quality of life in cross-cultural research. *Quality of Life Research*, 2: 397–432.

Nayani, S. (1989) The evaluation of psychiatric illness in Asian patients by the HAD scale. *British Journal of Psychiatry*, 155: 545–7.

Nelson, E.C. and Berwick, D.M. (1989) The measurement of health status in clinical practice. *Medical Care*, 27 (Supplement to no. 3): S77–90.

Nelson, E.C., Conger, B., Douglass, D. *et al.* (1983) Functional health status levels of primary care patients. *Journal of the American Medical Association* 249: 3331–8.

Nelson, E.C., Landgraf, J.M., Hays, R.D. *et al.* (1990a) The functional status of patients: how can it be measured in physicians offices? *Medical Care*, 28: 1111–26.

Nelson, E.C., Landgraf, R.D., Hays, J.W. *et al.* (1990b) The COOP Function Charts: a system to measure patient function in physician's office, in *WONCA Classification Committee: Functional status measurement in primary care*. New York: Springer-Verlag.

Nelson, E.J., Wasson, J., Kirk, A. *et al.* (1987) Assessment of function in routine clinical practice: description of the COOP Chart method and preliminary findings. *Journal of Chronic Diseases*, 40 (Supplement 1): 55S–63S.

Nemeth, K.A., Graham, I.D. and Harrison, M.B. (2003) The measurement of leg ulcer pain: identification and

appraisal of pain assessment tools. *Advanced Skin Wound Care*, 16: 260–7.

Neto, F. and Barros, J. (2000) Psychosocial concomitants of loneliness among students of Cape Verde and Portugal. *Journal of Psychology*, 134: 503–14.

Neudert, C., Wasner, M. and Borasio, G.D. (2001) Patients' assessment of quality of life instruments: a randomized study of SIP, SF-36 and SEIQoL-DW in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Journal of Neurological Science*, 191: 103–9.

Neugarten, B.L., Havighurst, R.J. and Tobin, S.S. (1961) The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16: 134–43.

Nocon, A. and Qureshi, H. (1996) *Outcomes of Community Care for Users and Carers. A Social Services Perspective*. Buckingham: Open University Press.

Noelker, L. and Harel, Z. (1978) Predictors of well-being and survival among institutionalized aged. *Gerontologist*, 18: 562–7.

Norris, J.T., Gallagher, D., Wilson, A. et al. (1987) Assessment of depression in geriatric medical outpatients: the validity of two screening measures. *Journal of the American Geriatrics Society*, 35: 989–95.

Nou, E. and Aberg, T. (1980) Quality of survival in patients with surgically treated bronchial carcinoma. *Thorax*, 35: 255–63.

Nouri, F.M. and Lincoln, N.B. (1987) An extended activities of daily living scale for stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 1: 301–5.

Novy, D.M., Nelson, D.V., Goodwin, J. and Rowzee, R.D. (1993) Psychometric comparability of the State-Trait Anxiety Inventory for different ethnic subpopulations. *Psychological Assessment*, 5: 343–9.

Nunnally, J. (1978) *Psychometric Theory*, 2nd edn. New York: McGraw-Hill.

Nybo, H., Gaist, D., Jeune, B., McGue, M. et al. (2001) Functional status and self-rated health in 2,262 nonagenarians: the Danish 1905 cohort survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49: 601–9.

Nydegger, C. (1986) Measuring morale and life satisfaction, in C.L. Fry and J. Keith (eds) *New Methods for Old Age Research: Strategies for Studying Diversity*. Boston, MA: Bergin and Garvey.

O'Boyle, C.A. (1996) Quality of life in palliative care, in G. Ford and I. Lewin (eds) *Managing Terminal Illness*. London: Royal College of Physicians Publications.

O'Boyle, C.A. (1997a) Measuring the quality of later life. Philosophy Transactions of the Royal Society of London, 352: 1871–9.

O'Boyle, C.A. (1997b) Quality of life assessment: a paradigm shift in healthcare? *Irish Journal of Psychology*, 18: 51–66.

O'Boyle, C.A., McGee, H., Hickey, A. et al. (1992) Individual quality of life in patients undergoing hip replacement. *Lancet*, 339: 1088–91.

O'Boyle, C.A., Browne, J., Hickey, A. et al. (1995) Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL): a direct weighting procedure for quality of life domains (SEIQoL-DW). Administration manual. Dublin: Department of Psychology, Royal College of Surgeons in Ireland.

O'Brien, B.J. (1988) Assessment of treatment in heart disease, in G. Teeling Smith (ed.) *Measuring Health: A Practical Approach*. Chichester: John Wiley.

O'Brien, B.J., Banner, N.R., Gibson, S. et al. (1988) The Nottingham Health Profile as a measure of quality of life following combined heart and lung transplantation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 42: 232–4.

O'Brien, B.J., Spath, M., Blackhouse, G. et al. (2003) A view from the bridge: agreement between the SF-6D utility algorithm and the Health Utilities Index. *Health Economics*, 12: 975–81.

Office for National Statistics (2002) Living in Britain: Results from the 2000 General Household Survey. London: ONS web based publication: www.statistics.gov.uk/ssd/surveys/general-household-survey

Office of Population Censuses and Surveys (1987) *General Household Survey* (1985). London: HMSO.

Oga, T., Nishimura, K., Tsukino, M. et al. (2003) A comparison of the responsiveness of different generic health status measures in patients with asthma. *Quality of Life Research*, 12: 555–63.

Ohta, Y., Kawasaki, N., Araki, K. et al. (1995) The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-30) in Japanese middle aged and elderly residents. *International Journal of Social Psychiatry*, 41: 268–75.

Oliver, J.P., Huxley, P.J., Priebe, S. and Kaiser, W. (1997) Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32: 76–83.

Olsen, O. (1992) Impact of social network on cardiovascular mortality in middle-aged Danish men. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47: 176–80.

Oman, D. and Reed, D. (1998) Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *American Journal of Public Health*, 88: 1469.

O'Reilly, P. (1988) Methodological issues in social support and social network research. *Social Science and Medicine*, 26: 863–73.

O'Riordan, T.G., Hayes, J.P. and O'Neil, D. (1990) The effect of mild to moderate dementia on the Geriatric Depression Scale and on the General Health Questionnaire. *Age and Ageing*, 19: 57–61.

Orth-Gomer, K. and Johnson, J. (1987a) Social network interaction and mortality. A six-year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Journal of Chronic Diseases*, 40: 949–57.

Orth-Gomer, K. and Unden, A.L. (1987b) The measurement of social support in population surveys. *Social Science and Medicine*, 24: 83–94.

Orth-Gomer, K., Britton, M. and Rehnqvist, N. (1979) Quality of care in an out-patient department: the patient's view. *Social Science and Medicine*, 13A: 347–57.

Osaka, R., Nanakorn, S. and Chusilp, K. (1998) Cornell Medical Index: a comparative study on health problems among Thai and Japanese nursing students. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 29: 293–8.

Osborn, D.P., Fletcher, A.E., Smeeth, S. *et al.* (2002) Geriatric Depression Scale scores in a representative sample of 14545 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17: 592.

Ott, C.R., Sivarajan, E.S., Newton, K.M. *et al.* (1983) A controlled randomized study of early cardiac rehabilitation: the Sickness Impact Profile as an assessment tool. *Heart and Lung*, 12: 162–70.

Ottawa Charter for Health Promotion (1986) *Health Promotion*, 14: iii–v.

Ottenbacher, K.S., Mann, W.C., Granger, C.V. *et al.* (1994) Inter-rater agreement and stability of functional assessment in the community based elderly. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75: 1297–301.

Oxman, T.E. and Berkman, L.F. (1990) Assessment of social relationships in elderly patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 20: 65–84.

Pallant, J.F. and Lae, L. (2002) Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Journal of Personality and Individual Differences*, 33: 39–48.

Pandey, M., Singh, S.P., Behere, P.B. *et al.* (2000) Quality of life in patients with early and advanced carcinoma of the breast. *European Journal of Surgical Oncology*, 26: 20–4.

Parker, R.D., Flint, E.P., Bosworth, H.B. *et al.* (2003) A three-factor analytic model of the MADRS in geriatric depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18: 73–7.

Parker, S.G., Du, X., Bardsley, M.J. *et al.* (1994) Measuring outcomes in care of the elderly. *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 28: 428–33.

Patrick, D.L. (ed.) (1982) *Health and Care of the Physically Disabled in Lambeth*. Report of Phase II of the Longitudinal Disability Interview Survey. London: St Thomas's Hospital Medical School, Department of Community Medicine.

Patrick, D.L. (2003) Patient reported outcomes (PROs). An organizing tool for concepts, measures and applications. *Quality of Life Newsletter*, 31: 1–5.

Patrick, D.L. and Erickson, P. (1993) *Health Status and Health Policy Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press.

Patrick, D.L., Bush, J.W. and Chen, M.M. (1973a) Methods for measuring levels of well-being for a health status index. *Health Services Research*, 11: 516.

Patrick, D.L., Bush, J.W. and Chen, M.M. (1973b) Toward an operational definition of health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 14: 6–23.

Pattie, A.H. (1981) A survey version of the Clifton Assessment procedures for the Elderly (CAPE). *British Journal of Clinical Psychology*, 20: 173–8.

Pattie, A.H. and Gilleard, C.J. (1975) A brief psychogeriatric assessment schedule. Validation against psychiatric diagnoses and discharge from hospital. *British Journal of Psychiatry*, 127: 489–93.

Pattie, A.H. and Gilleard, C.J. (1979) *Manual of the Clifton Assessment Procedures for the Elderly*. Sevenoaks: Hodder and Stoughton.

Pavot, W. and Diener, E. (1993) Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5: 164–72.

Pavot, W., Diener, E., Colvin, C.R. and Sandvik, E. (1991) Further validation of the satisfaction with Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57: 149–61.

Paykel, E.S. (1985) Clinical interview for depression, development, reliability and validity. *Journal of Affective Disorders*, 9: 85–96.

Payne, R.L. and Graham Jones, J. (1987) Measurement and methodological issues in social support. in S.V. Kasl and C.L. Cooper (eds) *Stress and Health: Issues in Research Methodology*. Chichester: John Wiley.

Pearlin, L.I. and Schooler, C. (1978) The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19: 2–21.

Penley, J.A., Wiebe, J.S. and Nwosu, A. (2003) Psychometric properties of the Spanish Beck Depression Inventory-II in a medical sample. *Psychological Assessment*, 15: 569–77.

Perlman, D. and Peplau, L.A. (1981) Toward a social psychology of loneliness, in R. Gilmour and S. Duck (eds) *Personal Relationships: 3. Personal Relationships in Disorder*. London: Academic Press.

Perlman, R.A. (1987) Development of a functional assessment questionnaire for geriatric patients: the comprehensive older persons' evaluation (COPE). *Journal of Chronic Diseases*, 40: 85S–94S, Supplement.

Perloff, J.M. and Persons, J.B. (1988) Biases resulting from the use of indexes: an application to attributional style and depression. *Psychological Bulletin*, 103: 95–104.

Permanyer-Miralda, G., Alonso, J., Anto, J.M. *et al.* (1991) Comparison of perceived health status and conventional functional evaluation in stable patients with

coronary artery disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44: 779–86.

Persson, R. and Orbaek, P. (2003) The influence of personality traits on neuropsychological test performance and self-reported health and social contacts in women. *Journal of Personality and Individual Differences*, 34: 295–313.

Petrie, T., Livingstone, G., Manela, M. *et al.* (2001) Validation and normative data of health status measures in older people: the Islington study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16: 1061–70.

Pfeiffer, B.A., McClelland, T. and Lawson, J. (1989) Use of the Functional Assessment Inventory to distinguish among the rural elderly in five service settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37: 243–8.

Pfeiffer, E. (1975) A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 23: 433–41.

Pibernik-Okanovic, M. (2001) Psychometric properties of the World Health Organization quality of life questionnaire (WHOQOL-100) in diabetic patients in Croatia. *Diabetes Research in Clinical Practice*, 51: 133–43.

Pierce, G.R., Sarason, I.G. and Sarason, B.R. (1991) General and relationship-based perceptions of social support: are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61: 1028–39.

Pincus, T. Summey, J.A., Soraci, S.A. *et al.* (1983) Assessment of patient satisfaction in activities of daily living using a modified Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis and Rheumatism*, 26: 1346–53.

Pollard, W.E., Bobbitt, R.A., Bergner, M. *et al.* (1976) The Sickness Impact Profile: reliability of a health status measure. *Medical Care*, 14: 57–67.

Pollard, W.E., Bobbitt, R.A. and Bergner, M. (1978) Examination of variable errors of measurement in a survey-based social indicator. *Social Indicators Research*, 5: 279–301.

Pomeroy, E., Cook, B and Benjafield, J. (1992) Perceived social support in three residential contexts. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 11: 101–7.

Potts, M.K., Daniels, M., Burnam, A. and Wells, K.B. (1990) A structured interview version of the Hamilton Depression Rating Scale: Evidence of reliability and versatility of administration. *Journal of Psychiatric Research*, 24: 335–50.

Power, M., Harper, A. and Bullinger, M. and the WHO Quality of Life Group (1999) The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology*, 18: 495–505.

Pretorius, T.B. and Diedricks, M. (1993) A factorial investigation of the dimensions of social support. *South African Journal of Psychology*, 23: 32–5.

Priestman, T.J. and Baum, M. (1976) Evaluation of quality of life in patients receiving treatment for advanced breast cancer. *Lancet*, i: 899–901.

Prieto, E.J. and Geisinger, K.F. (1983) Factor analytic studies of the McGill Pain Questionnaire, in R. Melzack (ed.) *Pain Measurement and Assessment*. New York: Raven Press.

Prince, M.J., Harwood, R.H., Blizard, R.A. *et al.* (1997) Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project. *Psychological Medicine*, 27: 311–21.

Prince, M.J., Harwood, R.H., Thomas, A. *et al.* (1998) A prospective population based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late life depression. The Gospel Oak Project. *Psychological Medicine*, 28: 337–50.

Procidano, M.E. and Heller, K. (1983) Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11: 1–24.

Putnam, M. (2002) Linking aging theory and disability models: increasing the potential to explore aging with physical impairment. *The Gerontologist*, 42: 799–806.

Putnam, R.D. (1995) Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 6: 65–78.

Putnam, R.D. (2000) *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon and Schuster.

Pyne, J.M., Sieber, W.J., David, K. *et al.* (2003) Use of the quality of well-being self administered version (QWB-SA) in assessing health related quality of life in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 76: 237–47.

Quintana, J.M., Padierna, A., Esteban, C. *et al.* (2003) Evaluation of the psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107: 216–21.

Qureshi, K.N. and Hodkinson, H.M. (1974) Evaluation of a 10 question mental test in the institutionalized elderly. *Age and Ageing*, 3: 152–7.

Radloff, L.S. (1977) Sex differences in depression: the effects of occupation and marital status. *Sex Roles*, 1: 249–65.

Radosevich, D.M. and Husnik, M.J. (1995) An abbreviated health status questionnaire: the HSQ-12. Update, Bloomington, IN. Newsletter of the Health Outcomes Institute, 2: 1–4.

Radosevich, D.M. and Pruitt, M.J.H. (1995) HSQ-12 Cooperative validation project: phase 1 reliability, validity and comparability. Update. Bloomington, IN: Newsletter of the Health Outcomes Institute, 2: 3.

Ramey, D.R., Raynauld, J.P. and Fries, J.F. (1992) The Health Assessment Questionnaire 1992. *Arthritis Care and Research*, 5: 119–29.

Ramey, D.R., Fries, J.F. and Singh, G. (1996) The Health Assessment Questionnaire 1995 – Status and review, in B Spilker (ed.) *Pharmacoeconomics and Quality of Life in Clinical Trials*. 2nd edn. Philadelphia: Lippincott-Raven.

Ranhoff, A.H. and Laake, K. (1993) The Barthel ADL Index: scoring by the physician from patient interview is not reliable. *Age and Ageing*, 22: 171–4.

Rankin, J. (1957) Cerebral vascular accidents in people over the age of 60. II. Prognosis. *Scottish Medical Journal*, 2: 200–15.

Ranzijn, R. and Luszcz, M. (2000) Measurement of subjective quality of life in elders. *International Journal of Aging and Human Development*, 50: 263–78.

Raskin, A. (1986) Sensitivity to treatment effects of evaluation instruments completed by psychiatrists, psychologists, nurses, and patients, in N. Sartorius and T. Ban (eds) *Assessment of Depression*. Berlin: Springer.

Read, J.L., Quinn, R.J. and Hoefer, M.A. (1987) Measuring overall health: an evaluation of three important approaches. *Journal of Chronic Diseases*, 40: 7S–21S.

Reading, A.E. (1979) The internal structure of the McGill Pain Questionnaire in dysmenorrhoea patients. *Pain*, 7: 353–8.

Reading, A.E., Everitt, B.S. and Sledmere, C.M. (1982) The McGill Pain Questionnaire: a replication of its construction. *British Journal of Clinical Psychology*, 21: 339–49.

Reed, P.F., Fitts, W.H. and Boehm, L. (1980) *Tennessee Self Concept Scale: Bibliography of Research Studies*. Nashville, TN: Counsellor Recordings and Tests.

Rehm, L.P. (1981) *Behaviour Therapy for Depression*. New York: Academic Press.

Renne, K.S. (1974) Measurement of social health in a general population survey. *Social Science Research*, 3: 25–44.

Rettig, K.D. and Leichtentritt, R.D. (1999) A general theory for perceptual indicators of family life quality. *Social Indicators Research*, 47: 307–42.

Revicki, D.A. and Kaplan, R.M. (1993) Relationship between psychometric and utility-based approaches to the measurement of health related quality of life. *Quality of Life Research*, 2: 477–87.

Reynolds, W.M. and Gould, J.W. (1981) A psychometric investigation of the standard and short form Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49: 306–7.

Riazi, A., Hobart, J.C., Lamping, D.L. *et al.* (2003) Evidence-based measurement in multiple sclerosis: the psychometric properties of the physical and psychological dimensions of three quality of life rating scales. *Multiple Sclerosis*, 9: 411–19.

Richardson, C.A. and Hammond, S.M. (1996) A psychometric analysis of a short device for assessing depression in elderly people. *British Journal of Clinical Psychology*, 35: 543–51.

Richter, P., Werner, J., Heerlein, A. *et al.* (1998) On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology*, 46: 34–43.

Riggio, R.E., Watring, K.P. and Throckmorton, B. (1993) Social skills, social support, and psychosocial adjustment. *Journal of Personality and Individual Differences*, 15: 275–80.

Rivera, P.A., Rose, J.M., Futterman, A. *et al.* (1991) Dimensions of perceived support in clinically depressed and non-depressed female caregivers. *Psychology of Aging*, 6: 232–7.

Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J.L. and Ratcliff, K. (1981) The NIMH diagnostic interview schedule: Its history, characteristics and validity, in J.K. Wing, P. Bebbington and L.N. Robins (eds) *What is a Case? The Problem of Definition in Psychiatric Community Surveys*. London: Grant McIntyre.

Robinson, J.P. and Shaver, P.R. (1973) *Measures of Social Psychological Attitudes*. Ann Arbor, MI: Survey Research Centre, Institute for Social Research.

Robinson, R.A. (1968) The organisation of a diagnostic and treatment unit for the aged, in UK Glegy, *Psychiatric Disorders in the Aged*. Manchester: World Psychiatric Association.

Rodgers, H., Curless, R. and James, O.F.W. (1993) Standardized functional assessment scales for elderly patients. *Age and Ageing*, 22: 161–3.

Rogerson, R.J. (1995) Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Social Science and Medicine*, 41: 1373–82.

Rogerson, R.J., Findlay, A.M., Coombes, M.G. and Morris, A. (1989) Indicators of quality of life. *Environment and Planning*, 21: 1655–66.

Roid, G.H. and Fitts, W.H. (1988) *Tennessee Self Concept Scale (TSCS)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Rosenberg, M. (1965) *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1986) *Conceiving the Self*, 2nd edn. Malabar, FL: Krieger.

Rosenberg, R. (1995) Health-related quality of life between naturalism and hermeneutics. Special Issue 'Quality of Life' in *Social Science and Medicine*. 10: 1411–15.

Ross, C.E. and Mirowsky, J. (2001) Neighbourhood disadvantage, disorder and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 42: 258–76.

Rosser, R.M. and Watts, V.C. (1971) The sanative outputs of hospitals. Dallas: 39th conference of the Operational Research Society of America.

Rosser, R.M. and Watts, V.C. (1972) The measurement of hospital output. *International Journal of Epidemiology*, 1: 361–8.

Roth, M., Tym, E., Mountjoy, C.Q. *et al.* (1986) CAMDEX: a standardized instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *British Journal of Psychiatry*, 149: 698–709.

Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C. *et al.* (2003) The relationship of psychological well-being to distress and personality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72: 268–75.

Russell, D. (1982) The measurement of loneliness, in L.A. Peplau and D. Perlman (eds) *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: John Wiley.

Russell, D. (1996) UCLA Loneliness Scale (version 3): reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66: 20–40.

Russell, D. and Cutrona, C.E. (1991) UCLA Loneliness Scale version 3, in J.P. Robinson, P.R. Shaver and L.S. Wrightsman (eds) *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego, CA: Academic Press.

Russell, D., Peplau, L.A. and Ferguson, M.L. (1978) Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42: 290–4.

Russell, D., Peplau, L.A. and Cutrona, C.E. (1980a) The revised UCLA Loneliness Scale, concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39: 472–80.

Russell, D., Peplau, L.A. and Cutrona, C.E. (1980b) Revised UCLA Loneliness Scale version 3 (RULS), in K. Corcoran and J. Fischer (eds) *Measures for Clinical Practice: a Sourcebook*. Vol. 2. New York: Free Press.

Ruta, D.A. (1992) A new approach to the measurement of quality of life. The patient generated index. Paper presented to the Workshop on Quality of Life, Society for Social Medicine 35th Annual Conference, Nottingham, September.

Ruta, D.A., Abdalla, M.I., Garratt, A.M. *et al.* (1994a) SF-36 health survey questionnaire: I. Reliability in two patient based studies. *Quality in Health Care*, 3: 180–5.

Ruta, D.A., Garratt, A.M., Leng, M. *et al.* (1994b) A new approach to the measurement of quality of life: the patient-generated index. *Medical Care*, 32: 1109–26.

Ruta, D.A., Garratt, A.M. and Russell, I.T. (1999) Patient centred assessment of quality of life for patients with four common conditions. *Quality in Health Care*, 8: 22–9.

Rutledge, T., Matthews, K., Lui, L.Y. *et al.* (2003) Social networks and marital status predict mortality in older women: prospective evidence from the study of osteoporotic fractures (SOF). *Psychosomatic Medicine*, 65: 688–94.

Ryan, J.M., Corry, J.R., Attewell, R. and Smithson, M.J. (2002) A comparison of the electronic version of the SF-36 General Health Questionnaire to the standard paper version. *Quality of Life Research*, 11: 19–26.

Ryff, C.D. (1989) Beyond Ponce de Leon and Life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12: 35–55.

Ryff, C.D. (1995) Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4: 99–104.

Ryff, C.D. and Essex, M.J. (1991) Psychological well being in adulthood and old age: descriptive markers and explanatory processes, in K. Warner Schaie and M. Powell Lawton (eds) *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol. 11: 144–71.

Ryff, C.D. and Keyes, C.L.M. (1995) The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69: 719–27.

Sackett, D.L., Spitzer, W.O., Gent, M. *et al.* (1974) The Burlington Randomized Trial of the nurse practitioner: health outcomes of patients. *Annals of Internal Medicine*, 80: 137–42.

Sainsbury, S. (1973) *Measuring Disability*. London: Bell.

Salaffi, F., Piva, S., Barreca, C. *et al.* (2000) Validation of an Italian version of the arthritis impact measurement scales 2 (ITALIAN AIMS2) for patients with osteoarthritis of the knee. Gonarthrosis and quality of life assessment (GOQOLA) Study Group. *Rheumatology*, 39: 720–7.

Salek, S. (1999) *Compendium of Quality of Life Instruments*. Chichester: John Wiley and Sons.

Salyers, M.P., Bosworth, H.B., Swanson, J.W. *et al.* (2000) Reliability and validity of the SF-12 health survey among people with severe mental illness. *Medical Care*, 38: 1141–50.

Sandler, I.N. and Barrera, M. (1984) Towards a multimethod approach to assessing the effects of social support. *American Journal of Community Psychology*, 12: 37–52.

Sarason, B.R., Sarason, I.G., Hacker, T.A. and Basham, R.B. (1985) Concomitants of social support: social skills, physical attractiveness, and gender. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49: 469–80.

Sarason, B.R., Shearin, E.N., Pierce, G.R. and Sarason, I.G. (1987a) Interrelationships of social support measures: theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 813–32.

Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. and Sarason, B.R. (1983) Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44: 127–39.

Sarason, I.G., Sarason, B.R., Shearin, E.N. and Pierce, G.R. (1987b) A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4: 497–510.

Sarason, I.G., Sarason, B.R. and Pierce, G.R. (1994) Social support: global and relationship based levels

of analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 11: 295–312.

Sarasqueta, C., Bergareche, A., Arce, A. *et al.* (2001) The validity of Hodkinson's Abbreviated Mental test for dementia screening in Guipuzcoa, Spain. *European Journal of Neurology*, 8: 435–40.

Sarason, S.B., Carroll, C., Maton, K. *et al.* (1977) *Human Services and Resource Networks*. San Francisco, CA: Jossey Bass.

Sarvimäki, A. (1999) What do we mean by 'quality of life' in our care for people with dementia? *Journal of Dementia Care*, January/February 35–7.

Sarvimäki, A. and Stenbock-Hult, B. (2000) Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32: 1025–33.

Sauer, W.J. and Warland, R. (1982) Morale and life satisfaction. in D.J. Mangen and W.A. Peterson (eds) *Research Instruments in Social Gerontology*, Vol. 1: Clinical and social psychology. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Saunders, P.A., Copeland, J.R., Dewey, M.E. *et al.* (1989) Alcohol use and abuse in the elderly: findings from the Liverpool longitudinal study of continuing health in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4: 103–8.

Sayer, N.A., Sackheim, H.A., Moeller, J.R. *et al.* (1993) The relations between observer-rating and self report of depressive symptomatology. *Journal of Psychological Assessment*, 5: 350–60.

Schaafsma, J. and Osoba, D. (1994) The Karnofsky performance status scale re-examined: a cross-validation with the EORTC-C30. *Quality of Life Research*, 3: 413–24.

Schag, C.A.C., Heinrich, R.L. and Ganz, P.A. (1984) Karnofsky Performance Status revisited: reliability, validity and guidelines. *Journal of Clinical Oncology*, 2: 187–93.

Scheier, M.F. and Carver, C.S. (1985) Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalised outcome expectancies. *Health Psychology*, 4: 219–47.

Schmitz, N., Kugler, J. and Rollnik, J. (2003) On the relation between neuroticism, self esteem, and depression: results from the National Comorbidity Survey. *Comprehensive Psychiatry*, 44: 169–76.

Schmutte, P.S. and Ryff, C.D. (1997) Personality and well-being: re-examining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73: 549–59.

Schneiderman, L.J., Kaplan, R.M., Pearlman, R.A. *et al.* (1993) Do physicians' own preferences for life sustaining treatment influence their perceptions of patients' preferences? *Journal of Clinical Ethics*, 4: 28–33.

Schnurr, P.P., Spiro, A., Aldwin, C.M. and Stukel, T.A. (1998) Physical symptom trajectories following trauma exposure: longitudinal findings from the normative aging study. *Journal of Nervous Mental Disease*, 186: 522–8.

Schoenbach, V., Kaplan, B.H., Fredman, L. and Kleinbaum, D.G. (1986) Social ties and mortality in Evans County, Georgia. *American Journal of Epidemiology*, 123: 577–91.

Scholten, J.H.G. and van Weel, C. (1992) Manual for the use of the Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA in measuring functional status in family practice (Part I), in J.H. Scholten and C. van Weel (eds) *Functional Status Assessment in Family Practice*. Lelystad: Meditekst.

Scholzel-Dorenbos, C.J. (2000) Measurement of quality of life in patients with dementia of Alzheimer type and their caregivers: Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL). *Tijdschr Gerontology and Geriatrics*, 31: 23–6.

Schuling, J. and Meyboom-de Jong, B. (1992) Change in clinical status in patients with stroke. in J.H. Scholten and C. van Weel (eds) *Functional Status Assessment in Family Practice*. Lelystad: Meditekst.

Schuling, J., Greidanus, J. and Meyboom-de Jong, B. (1993) Measuring functional status of stroke patients with the Sickness Impact Profile. *Disability and Rehabilitation*, 15: 19–23.

Schumaker, J.F., Shea, J.D., Monfries, M.M. and Groth-Marnat, G. (1993) Loneliness and life satisfaction in Japan and Australia. *Journal of Psychology*, 127: 65–71.

Schwab, J.J., Bialow, M.R. and Holzer, C.E. (1967) A comparison of two rating scales for depression. *Journal of Clinical Psychology*, 23: 94–6.

Schwartz, A.N. (1975) An observation of self-esteem as the linchpin of quality of life for the aged. An essay. *Gerontologist*, 15: 470–2.

Schwartz, N. and Strack, F. (1999) Reports of subjective well-being: judgemental processes and their methodological implications, in D. Kahneman, E. Diener and N. Schwartz (eds) *Wellbeing: the Foundations of Hedonistic Psychology*. New York: Russell Sage Foundation.

Scott, P.J., Ansell, B.M. and Huskisson, E.C. (1977) The measurement of pain in juvenile chronic polyarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 36: 186–7.

Scottish Health Education Group (1984) *European Monographs in Health Education Research*, no 6. Edinburgh: Scottish Health Education Group.

Sedrakyan, A., Vaccarino, V., Paltiel, A.D. *et al.* (2003) Age does not limit quality of life improvement in cardiac valve surgery. *Journal of the American College of Cardiology*, 42: 1215–17.

Seedhouse, D. (1986) *Health: the Foundations of Achievement*. Chichester: John Wiley.

Seeman, T.E. and Berkman, L.F. (1988) Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support? *Social Science and Medicine*, 26: 737–49.

Seeman, T.E., Kaplan, G.A., Knudsen, L. *et al.* (1987) Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County study. *American Journal of Epidemiology*, 126: 714–23.

Selai, C.E., Elstner, K. and Trimble, M.R. (2000) Quality of life pre and post epilepsy surgery. *Epilepsy Research*, 38: 67–74.

Seligman, M. (2003) *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Potential for Lasting Fulfilment*. New York: Free Press.

Seymour, D.G., Ball, A.E., Russell, E.M. *et al.* (2001) Problems in using health survey questionnaires in older patients with physical disabilities. The reliability and validity of the SF-36 and the effect of cognitive impairment. *Journal of the Evaluation of Clinical Practice*, 7: 411–18.

Shah, S., Frank, V. and Cooper, V. (1989) Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42: 703–9.

Shanas, E., Townsend, P. and Wedderburn, D. *et al.* (1968) *Old People in Three Industrial Societies*. London: Routledge and Kegan Paul.

Shaver, P.R. and Brennan, K.A. (1991) Measures of depression and loneliness, in J.P. Robinson, P.R. Shaver and L.S. Wrightsman (eds) *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego, CA: Academic Press.

Sheikh, R.L. and Yesavage, J.A. (1986) Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5: 165–73.

Sheikh, R.L., Yesavage, J.A., Brooks, J.O. *et al.* (1991) Proposed factor structure of the Geriatric Depression Scale. *International Psychogeriatrics*, 3: 23–8.

Sherbourne, C.D. and Hays, R.D. (1990) Marital status, social support and health transitions in chronic disease patients. *Journal of Health and Social Behaviour*, 31: 328–43.

Sherbourne, C.D. and Stewart, A.L. (1991) The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32: 705–14.

Sherbourne, C.D., Meredith, L.S., Rogers, W. and Ware, J.E. (1992) Social support and stressful life events: Age differences in their effects on health related quality of life among the chronically ill. *Quality of Life Research*, 1: 235–46.

Sherwood, S.J., Morris, J., Mor, V. and Gutkin, C. (1977) *Compendium of Measures for Describing and Assessing Long Term Care Populations*. Boston, MA: Hebrew Rehabilitation Center for the Aged.

Shiely, J.C., Bayliss, M.S., Keller, S.D. *et al.* (1996) SF-36 Health Survey. Annotated bibliography (1988–1995). Boston, MA: New England Medical Center.

Shin, D.C. and Johnson, D.M. (1978) Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5: 475–92.

Siegel, M., Bradley, E.H. and Kasl, S.V. (2003) Self-rated life expectancy as a predictor of mortality: evidence from the HRS and AHEAD surveys. *Gerontology*, 49: 265–71.

Silber, E. and Tippett, J. (1965) Self esteem: clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports*, 16: 1017–71.

Silverstone, P.H., Entsuah, R. and Hackett, D. (2002) Two items on the Hamilton Depression rating scale are effect predictors of remission: comparison of selective serotonin reuptake inhibitors with the combined serotonin/norepineph reuptake inhibitor, venlafaxine. *International Clinical Psychopharmacology*, 17: 273–80.

Sims, A.C.P. and Salmons, P.H. (1975) Severity of symptoms of psychiatric out-patients: use of the General Health Questionnaire in hospital and general practice patients. *Psychological Medicine*, 5: 62–6.

Singer, E., Garfinkel, R., Cohen, S.M. *et al.* (1976) Mortality and mental health: evidence from the mid-town Manhattan re-study. *Social Science and Medicine*, 10: 517–21.

Sinha, S.P., Nayyar, P. and Sinha, S.P. (2002) Social support and self-control as variables in attitude towards life and perceived control among older people in India. *Journal of Social Psychology*, 142: 527–40.

Serjas M.E., San Jose, L.A., Armadans, G.L., Mundet, T.X. and Vilardell, T.M. (2003) Predictor factors about functional decline in community-dwelling older persons. *Atencion Primaria*, 32: 282–7.

Skevington, S.M. (1999) Measuring quality of life in Britain: introducing the WHOQOL-100. *Psychosomatic Research*, 47: 449–59.

Skevington, S.M., Carse, M.S. and Williams, de C. (2001) Validation of the WHOQOL-100: pain management improves quality of life for chronic pain patients. *Clinical Journal of Pain*, 17: 264–75.

Skevington, S.M., Lotfy, M. and O'Connell, K.A. (2004) The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of international field trials. A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13: 299–310.

Skinner, D.E. and Yett, D.E. (1972) Debility index for long-term care patients, in R.L. Berg (ed.) *Health Status Indexes*. Chicago, IL: Hospital Research and Education Trust.

Slevin, M.L., Plant, H., Lynch, D. *et al.* (1988) Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*, 57: 109–12.

Sloan, J.A., Loprinzi, C.L., Kuross, S.A. *et al.* (1998) Randomized comparison of four tools measuring overall quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 16: 3662–73.

Smith, A. (1987) Qualms about Qalys. *Lancet*, 1: 1134–6.

Smith, A.H.W., Ballinger, B.R. and Presley, A.S. (1981) The reliability and validity of two assessment scales for the elderly mentally handicapped. *British Journal of Psychiatry*, 138: 15–16.

Smith, H.J., Taylor, R. and Mitchell, A. (2000) A comparison of four quality of life instruments in cardiac patients: SF-36, QLI, QLMI and SEIQoL. *Heart*, 84: 390–4.

Smith, T.W. (1979) Happiness: time trends, seasonal variations, inter-survey differences and other mysteries. *Social Psychology Quarterly*, 42: 18–30.

Snaith, R.P. (1987) The concepts of mild depression. *British Journal of Psychiatry*, 150: 387–93.

Snaith, R.P. (2003) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1: 29.

Snaith, R.P. and Taylor, C.M. (1985) Rating scales for depression and anxiety: a current perspective. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 19: 17S–20S (suppl.).

Sokolovsky, J. (1986) Network methodologies in the study of ageing, in J. Keith (ed.) *New Methods for Old Age Research*. Westport, CT: Greenwood Press, Bergin and Garvey.

Spatz, K. and Johnson, F. (1973) Internal consistency of the Coopersmith Self Esteem Inventory. *Educational and Psychological Measurements*, 33: 875–6.

Spector, W.D., Katz, S., Murphy, J.B. et al. (1987) The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living. *Journal of Chronic Diseases*, 40: 481–9.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. and Lushene, R.E. (1970) Manual for the State–Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C.D., Davidson, K., Lighthall, F. et al. (1973) STAI Preliminary Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. et al. (1983) Manual for the State–Trait Anxiety Inventory (revised edition). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spilker, B. (ed.) (1996) *Pharmacoeconomics and Quality of Life in Clinical Trials*, 2nd edn. Philadelphia: Lippincott Raven.

Spilker, B., Molinek, F.R., Johnston, K.A. et al. (1990) Quality of life bibliography and indexes. *Medical Care*, 28 (supplement 12): DS1–DS77.

Spilker, B., Simpson, R. and Tilson, H. (1992a) Quality of life bibliography and indexes: 1991 update. *Journal of Clinical Research Pharmacoepidemiology*, 6: 205–66.

Spilker, B., White, W.S.A., Simpson, R.L. and Tilson, H.H. (1992b) Quality of life bibliography and indexes: 1990 update. *Journal of Clinical Research Pharmacoepidemiology*, 6: 87–156.

Spiro, A. and Bossé, R. (2000) Relations between health related quality of life and well being: the gerontologist's new clothes. *International Journal of Aging and Human Development*, 50: 297–318.

Spitzer, R.L., Burdock, E.I. and Hardesty, A.S. (1964) *Mental Status Schedule*. New York: Department of Psychiatry, College of Physicians and Surgeons, Columbia University and Biometrics Research Section, New York State Department of Mental Hygiene.

Spitzer, R.L., Endicott, J., Fleiss, J.L. et al. (1970) Psychiatric status schedule: a technique for evaluating psychopathology and impairment in role functioning. *Archives of General Psychiatry*, 23: 41–55.

Spitzer, R.L., Endicott, J. and Robins, E. (1978) Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35: 773–82.

Spitzer, W.O., Dobson, A.J., Hall, J. et al. (1981) Measuring quality of life of cancer patients: a concise QL-index for use by physicians. *Journal of Chronic Diseases*, 34: 585–97.

Sprangers, M.A.G. and Schwartz, C.E. (1999) Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Social Science and Medicine*, 48: 1507–15.

Sprangers, M.A.G., Van Dam, F.S.A.M., Broersen, J. et al. (1999) Revealing response shift in longitudinal research on fatigue: the use of the thentest approach. *Acta Oncologica*, 38: 709–18.

Spruytte, N., Verschueren, K. and Marcoen, A. (1999) Grandparents: their experience of the relationship with the oldest grandchild and their psychological well-being. *Tijdschr Gerontology and Geriatrics*, 30: 21–30.

Staniszewska, S. (1999) Patient expectations and health-related quality of life. *Health Expectations*, 2: 93–104.

Stansfeld, S.A. (1999) Social support and social cohesion, in M. Marmot and R.G. Wilkinson (eds) *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.

Stansfeld, S.A. and Marmot, M.G. (1992) Social class and minor psychiatric disorder in British civil servants: a validated screening survey using the GHQ. *Psychological Medicine*, 22: 739–49.

Stanwyck, D.J. and Garrison, W.M. (1982) Detecting on faking on the Tennessee Self-Concept Scale. *Journal of Personality Assessment*, 46: 426–31.

Steer, R.A., Beck, A.T. and Garrison, B. (1986) Applications of the Beck Depression Inventory, in N. Sartorius and T.A. Ban (eds) *Assessment of Depression*. Berlin: Springer-Verlag.

Steer, R.A., Ball, R., Ranieri, W.F. and Beck, A.T. (1999) Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinically depressed out-patients. *Journal of Clinical Psychology*, 55: 117–28.

Steer, R.A., Rissmiller, D.J. and Beck, A.T. (2000) Use of the Beck Depression Inventory-II with depressed

geriatric inpatients. *Behavioral Research and Therapy*, 38: 311–18.

Steer, R.A., Brown, G.K., Beck, A.T. and Sanderson, W.C. (2001) Mean Beck Depression Inventory II scores by severity of major depressive episode. *Psychological Reports*, 88: 1075–6.

Stehouwer, R.S. (1985) Beck Depression Inventory. in D.J. Keyser and R.C. Sweetland (eds) *Test Critiques*, vol. II. Kansas City, MI: Test Corporation of America.

Stewart, A.L. and Ware, J.E. (1992) *Measuring Functioning and Well-being: The Medical Outcomes Study Approach*. Durham, NC: Duke University Press.

Stewart, A.L., Ware, J.E., Brook, R.H. *et al.* (1978) *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study*: vol. II: *Physical Health in Terms of Functioning*. Santa Monica, CA: Rand Corporation: R-1987/2-HEW.

Stewart, A.L., Ware, J.E. and Brook, R.H. (1981) Advances in the measurement of functional status: construction of aggregate indices. *Medical Care*, 19: 473–88.

Stewart, A.L., Hays, R.D. and Ware, J.E. (1988) The MOS Short-form General Health Survey. Reliability and validity in a patient population. *Medical Care*, 26: 724–35.

Stewart, A.L., Greenfield, S., Hays, R. D. *et al.* (1989) Functional status and well-being of patients with chronic conditions: results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*, 262: 907–13.

Stineman, M.G., Escarce, J.J., Goin, J.E. *et al.* (1994) A case mix classification system for medical rehabilitation. *Medical Care*, 32: 366–79.

Stock, W.A. and Okun, M.A. (1982) The construct validity of life satisfaction among the elderly. *Journal of Gerontology*, 37: 625–7.

Stokes, J.P. (1983) Predicting satisfaction with social support from social network structure. *American Journal of Community Psychology*, 11: 141–52.

Stokes, J.P. (1985) The relation of social network and individual difference variables to loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48: 981–90.

Stokes, J.P. and Wilson, D.G. (1984) The Inventory of Socially Supportive Behaviours: dimensionality, prediction and gender differences. *American Journal of Community Psychology*, 12: 53–70.

Stones, M.J. and Kozma, A. (1980) Issues relating to the usage of conceptualizations of mental constructs employed by gerontologists. *International Journal of Ageing and Human Development*, 11: 269–81.

Streiner, D.L. and Norman, G.R. (2003) *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use*, 3rd edn. Oxford: Oxford University Press.

Struttmann, T., Fabro, M., Romieu, G. *et al.* (1999) Quality-of-life assessment in the old using the WHOQOL 100: differences between patients with senile dementia and patients with cancer. *Int Psychogeriatr*, 11: 273–9.

Stueve, A. and Leitz, L. (1979) Problems in network analysis: the case of the missing person. Paper presented at 32nd annual general meeting of the Gerontological Society of America.

Stull, D.E. (1987) Conceptualization and measurement of well-being: implications for policy evaluation, in E.F. Borgatta and R.J.V. Montgomery (eds) *Critical Issues in Ageing Policy*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.

Sugisawa, H., Liang, J., Liu, X. *et al.* (1994) Social networks, social support, and mortality among older people in Japan. *Journal of Gerontology*, 49: S3–13.

Sullivan, C.F., Copeland, J.R.M., Dewey, M.E. *et al.* (1988) Benzodiazepine usage amongst the elderly: findings of the Liverpool community survey. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 3: 289–92.

Sullivan, M., Ahlmen, M. and Bjelle, A. (1990) Health status assessment in rheumatoid arthritis: 1. Further work on the validity of the Sickness Impact Profile. *Journal of Rheumatology*, 17: 439–47.

Sullivan, M., Karlsson, J. and Ware, J.E. (1995) The Swedish SF-36 Health Survey – I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. Special Issue 'Quality of Life' in *Social Science and Medicine*, 41: 1349–58.

Sultan, N., Pope, J.E. and Clements, P.J. (2004) The health assessment questionnaire (HAQ) is strongly predictive of good outcome in early diffuse scleroderma: results from an analysis of two randomized controlled trials in early diffuse scleroderma. *Rheumatology*, 43: 472–8.

Surtees, P.G. (1987) Psychiatric disorder in the community and the General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 150: 828–35.

Sutcliffe, C., Cordingley, L., Burns, A. *et al.* (2000) A new version of the Geriatric Depression Scale for nursing and residential home populations: the Geriatric Depression Scale (residential) (GDS-12R). *International Psychogeriatrics*, 12: 173–81.

Swain, D.G. and Nightingale, P.G. (1997) Evaluation of a shortened version of the Abbreviated Mental Test in a series of elderly patients. *Clinical Rehabilitation*, 11: 243–8.

Swain, D.G., O'Brien, A.G. and Nightingale, P.G. (1999) Cognitive assessment in elderly patients admitted to hospital: relationship between the abbreviated Mental Test and the Mini-mental State Examination. *Clinical Rehabilitation*, 13: 503–8.

Swindells, S., Mohr, J., Justis, J.C. *et al.* (1999) Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: Impact of social support, coping style

and hopelessness. *International Journal of STD and AIDS*, 10: 385–91.

Tamaklo, W., Schubert, D.S., Mentari, A. *et al.* (1992) Assessing depression in the medical patient using the MADRS, a sensitive screening scale. *Journal of Integrative Psychiatry*, 8: 264–70.

Tardy, C.H. (1985) Social support measurement. *American Journal of Community Psychiatry*, 13: 187–202.

Tarnopolsky, A., Hand, D.J., McLean, E.K. *et al.* (1979) Validity and uses of a screening questionnaire (GHQ) in the community. *British Journal of Psychiatry*, 134: 508–15.

Taylor, J. and Reitz, W. (1968) *The Three Faces of Self-esteem*. London: University of Western Ontario, Department of Psychology Research Bulletin no. 80.

Teeling Smith, G. (1988) *Measuring Health: A Practical Approach*. Chichester: John Wiley.

Tennant, C. (1977) The General Health Questionnaire: a valid index of psychological impairment in Australian populations. *Medical Journal of Australia*, 2: 392–4.

Tentes, A.A., Tripsiannis, G., Markakidis, S.K. *et al.* (2003) Peritoneal cancer index: a prognostic indicator of survival in advanced ovarian cancer, 29: 69–73.

Thoits, P.A. (1982) Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 23: 145–59.

Thomas, M.R. and Lyttle, D. (1980) Patient expectations about success of treatment and reported relief from low back pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 24: 297–301.

Thompson, C. (1984) *The Reliability of a Schedule for Assessing Dependency in the Elderly in Residential Care*. Manchester: University of Manchester. Working papers in applied social research, no. 2.

Thompson, P. (1989) Affective disorders, in P. Thompson (ed.) *The Instruments of Psychiatric Research*. Chichester: John Wiley.

Thompson, P. and Blessed, G. (1987) Correlation between the 37-item Mental Test Score and abbreviated 10 item Mental Test Score by psychogeriatric day patients. *British Journal of Psychiatry*, 151: 206–9.

Thompson, W. (1972) *Correlates of the Self Concept*. Nashville, TN: Counselor Recordings and Tests.

Thuriaux, M.C. (1988) Health promotion and indicators for health for all in the European region. *Health Promotion*, 3: 89–99.

Toevs, C.D., Kaplan, R.M. and Atkins, C.J. (1984) The costs and effects of behavioral programs in chronic obstructive pulmonary disease. *Medical Care*, 22: 1088–100.

Tollefson, G.D. and Holman, S.L. (1993) Analysis of the Hamilton Depression Rating Scale factors from a double-blind, placebo-controlled trial of fluoxetine in geriatric major depression. *International Journal of Clinical Psychopharmacology*, 8: 253–9.

Tolsdorf, C.C. (1976) Social networks, support and coping: an exploratory study. *Family Process*, 15: 407–17.

Toner, J., Gurland, B. and Teresi, J. (1988) Comparison of self-administered and rater administered methods of assessing levels of severity of depression in elderly patients. *Journal of Gerontology*, 43: 136–40.

Torrance, G.W. (1986) Measurement of health state utilities for economic appraisal. *Journal of Health Economics*, 5: 1–30.

Torrance, G.W. (1987) Utility approach to measuring health related quality of life. *Journal of Chronic Diseases*, 40: 593–600.

Torrance, G.W., Thomas, W.H. and Sackett, D.L. (1972) A utility maximisation model for the evaluation of health care programs. *Health Services Research*, 7: 118–33.

Torrance, G.W., Boyle, M.H. and Horwood, S.P. (1982) Application of multi-attribute utility theory to measure social preferences for health states. *Operations Research*, 30: 1043–69.

Tovbin, D., Gidron, Y., Jean, T. *et al.* (2003) Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. *Quality of Life Research*, 12: 709–17.

Townsend, P. (1962) *The Last Refuge*. London: Routledge and Kegan Paul.

Townsend, P. (1979) *Poverty in the United Kingdom*. Harmondsworth: Pelican.

Trowbridge, N. (1970) Effects of socio-economic class on self-concept of children. *Psychology in the Schools*, 7: 304–6.

Trueman, P. and Duthie, T. (1998) Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a large, general population survey of epilepsy. *Quality of Life Newsletter*, 19: 9–10.

Tugwell, P., Bombardier, C., Buchanan, W.W. *et al.* (1987) The MACTAR patient preference disability questionnaire: an individualised functional priority approach for assessing improvement in physical disability in clinical trials in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 14: 446–51.

Tugwell, P., Bombardier, C., Buchanan, W.W. *et al.* (1990) Methotrexate in rheumatoid arthritis: Impact on quality of life assessed by traditional standard-item and individualised patient preference health status questionnaire. *Archives of Internal Medicine*, 150: 59–62.

Tully, M. and Cantrill, J. (2000) The validity of the modified Patient Generated Index – a quantitative and qualitative approach. *Quality of Life Research*, 9: 509–20.

Tully, M. and Cantrill, J. (2002) The test-retest reliability

of the modified Patient Generated Index. *Journal of Health Services Research and Policy*, 7: 81–9.

Turner-Bowker, D.M., Bayliss, M.S., Ware, J.E. and Kosinski, M. (2003) Usefulness of the SF-8 Health Survey for comparing the impact of migraine and other conditions. *Quality of Life Research*, 12: S1003–1012.

Turner-Stokes, L., Nyein, K., Turner-Stokes, T. and Gatehouse, C. (1999) The FIM and FAM: development and evaluation. *Clinical Rehabilitation*, 13: 277–87.

Twining, T.C. and Allen, D.G. (1981) Disability factors among residents in old people's homes. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 36: 303–5.

Tyrer, P., Seivewright, N., Murphy, S. *et al.* (1988) The Nottingham study of neurotic disorder: comparison of drug and psychological treatments. *Lancet*, 2: 235–40.

Tzeng, O.C., Maxey, W.A., Fortier, R. and Landis, D. (1985) Construct evaluation of the Tennessee Self Concept Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 45: 63–78.

Unden, A.L. and Orth-Gomer, K. (1989) Development of a social support instrument for use in population surveys. *Social Science and Medicine*, 29: 1387–92.

Usui, W.M., Keil, T.J. and Durig, K.R. (1985) Socioeconomic comparisons and life satisfaction of elderly adults. *Journal of Gerontology*, 40: 110–14.

Uutela, T., Hakala, M. and Kautiainen, H. (2003) Validity of the Nottingham Health Profile in a Finnish out-patient population with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 42: 841–5.

Uyl-de-Groot, C.A., Rutten, F.F.H. and Bonsel, G.J. (1994) Measurement and valuation of quality of life in economic appraisal of cancer treatment. *European Journal of Cancer*, 30A: 111–17.

Vacchiano, R.B. and Strauss, P.S. (1968) The construct validity of the Tennessee Self Concept Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 24: 323–6.

Valdenegro, J. and Barrera, M. (1983) Social support as a moderator of life stress: a longitudinal study using a multi method analysis. Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association, San Francisco, California.

Valtysdottir, S.T., Gudbjörnsson, B., Lindqvist, U. *et al.* (2000) Anxiety and depression in patients with primary Sjögren's syndrome. *Journal of Rheumatology*, 27: 165–9.

Van Agt, H.M.E., Essink-Bot, M.L., van der Meer, J.B.W. and Bonsel, G.J. (1993) The NHP (Dutch version) in general and specified populations. Paper presented to the Fifth European *Health Services Research* Conference, Maastricht, December.

Van Agt, H.M.E., Essink-Bot, M.L., Krabbe, P.F.M. *et al.* (1994) Test-retest reliability of health state evaluations collected with the EuroQol questionnaire. *Social Science and Medicine*, 39: 1537–44.

Van de Lisdonk, E.H. and van Weel, C. (1993) Cataract and functional status, in J.H. Scholten and C. van Weel (eds) *Functional Status Assessment in Family Practice*. Lelystad: Meditekst.

Van-Marwijk, H.W., Wallace, P., de Bock, G.H. *et al.* (1995) Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the geriatric depression scale. *British Journal of General Practice*, 45: 195–9.

van Weel, C. and Scholten, J.H.G. (1992) Report of an international workshop of the WONCA Research and Classification committee, in J.H. Scholten and C. van Weel (eds) *Functional Status Assessment in Family Practice*. Lelystad: Meditekst.

van Weel, C., König-Zahn, C., Touw-Otten, F.W.M.M. *et al.* (1995) *COOP/WONCA Charts: A Manual*. The Netherlands: World Organization of Family Doctors, European Research Group on Health Outcomes, Northern Centre for Health Care Research: University of Groningen.

Vardon, V.M. and Blessed, G. (1986) Confusion ratings and abbreviated mental test performance: a comparison. *Age and Ageing*, 15: 139–44.

Vaux, A. and Wood, J. (1985) Social support resources, behaviors and appraisals: a path analysis. Paper presented at the meeting of the Midwestern Psychological Association, Chicago.

Vaux, A., Burda, P. and Stewart, D. (1986a) Orientation toward utilizing support resources. *Journal of Community Psychology*, 14: 159–70.

Vaux, A., Phillips, J., Holly, L. *et al.* (1986b) The social support appraisals (SS-A) scale: studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14: 195–219.

Vaux, A., Riedel, S. and Stewart, D. (1987) Modes of social support: the social support behaviours (SS-B) scale. *American Journal of Community Psychology*, 15: 209–337.

Veenhoven, R. (1991) Is happiness relative? *Social Indicators Research*, 24: 1–34.

Veenhoven, R. (1993) *Happiness in Nations: Subjective Appreciation of Life in 56 Nations 1946–1992*. (Rotterdam, Netherlands: RISBO, Erasmus University of Rotterdam).

Veenhoven, R. (2000) The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1: 1–39.

Veenhoven, R. (2002) Why social policy needs subjective indicators. *Social Indicators Research*, 58: 33–45.

Ventegodt, S., Merrick, J. and Andersen, N.J. (2003) Measurement of quality of life III. From the IQOL theory: the global generic SEQoL questionnaire. *Scientific World Journal*, 3: 972–91.

WHOQOL Group (1994) The development of the WHO quality of life assessment instrument (the WHOQOL), in J. Orley and W. Kuyken (eds) *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer-Verlag.

WHOQOL Group (1995) The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Special Issue 'Quality of Life' in *Social Science and Medicine*, 10: 1403–9.

WHOQOL Group (1996) The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Assessment Instrument, in B. Spilker (ed.) *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. 2nd edn. Hagerstown, MD: Lippincott-Raven Publishers.

WHOQOL Group (1998a) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46: 1569–85.

WHOQOL Group (1998b) Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28: 551–8.

Wiest, W.M. (1965) A qualitative extension of Heider's theory of cognitive balance applied to interpersonal perception and self esteem. *Psychological Monographs: General and Applied*, 79: 1–20.

Wig, N.N., Singh, S., Sahasi, G. *et al.* (1970) Psychiatric symptoms following vasectomy. *Indian Journal of Psychiatry*, 12: 169–76.

Wilkin, D. (1987) Conceptual problems in dependency research. *Social Science and Medicine*, 24: 867–73.

Wilkin, D. and Jolley, D.J. (1979) *Behavioural Problems among Old People in Geriatric Wards, Psychogeriatric Wards and Residential Homes, 1976–78*. Research Report no. 1, Research Section, Psychiatric Unit, University Hospital of South Manchester.

Wilkin, D. and Thompson, C. (1989) *User's Guide to Dependency Measures for Elderly People*. Sheffield Social Services Monographs. Research in Practice. University of Sheffield, Joint Unit for Social Services Research.

Wilkin, D., Hallam, L. and Doggett, M. (1992) *Measures of Need and Outcome for Primary Care*. New York: Oxford Medical Publications.

Wilkinson, M.J.B. and Barczak, P. (1988) Psychiatric screening in general practice: Comparisons of the General Health Questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 38: 311–13.

Wilkinson, P.R., Wolfe, C.D., Warburton, F.G. *et al.* (1997) Longer term quality of life and outcome in stroke patients: is the Barthel Index alone an adequate measure of outcome? *Quality in Health Care*, 6: 125–30.

Willcocks, D., Peace, S. and Kellaher, L. (1987) *Private Lives in Public Places*. London: Tavistock Press.

Williams, A. (1985) The value of QALYS. *Health and Social Services Journal*, 95: 3–5.

Williams, J.G., Barlow, D.H. and Agras, W.S. (1972) Behavioural measurement of severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 27: 330–3.

Williams, J.M.G. (1984) *The Psychology of Depression*. Beckenham: Croom Helm.

Williams, P. (1987) Depressive thinking in general practice patients, in P. Freeling, L.J. Downey and J.C. Malkin (eds) *The Presentation of Depression: Current Approaches*. Royal College of General Practitioners, Occasional Paper, 36: 17–20.

Williams, R.G.A., Johnston, M., Willis, M. *et al.* (1976) Disability: a model and measurement technique. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 30: 71–8.

Williams, S.J. and Bury, M.J. (1989) Impairment, disability and handicap in chronic respiratory illness. *Social Science and Medicine*, 29: 609–16.

Wilson, L.A. and Brass, W. (1973) Brief assessment of the mental state in geriatric domiciliary practice: the usefulness of the mental status questionnaire. *Age and Ageing*, 2: 92–101.

Wilson, L.A., Roy, S.K. and Burrill, A.E. (1973) The reliability of the mental status questionnaire in geriatric practice. (Unpublished, cited in Wilson and Brass.)

Wilson-Barnett, J. (1981) Assessment of recovery: with special reference to a study with post-operative cardiac patients. *Journal of Advanced Nursing*, 6: 435–45.

Wing, J.K. (1991) Measuring and classifying clinical disorders: learning from the PSE, in P.E. Bebbington (ed.) *Social Psychiatry: Theory, Methodology and Practice*. London: Transaction Publishers.

Wing, J.K., Cooper, J.E. and Sartorius, N. (1974) *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms: An Instruction Manual for the PSE and CATEGO Program*. Cambridge: Cambridge University Press.

Wolfandt, L.J., Glasser, M. and Nutter, T. (1997) Variations in functional status among different groups of elderly people. *Family Medicine*, 29: 394–9.

Wood, V., Wylie, M.L. and Sheafor, B. (1969) An analysis of a short self report measure of life satisfaction: correlation with rater judgements. *Journal of Gerontology*, 24: 465–9.

Wood-Dauphinee, S. and Williams, J.I. (1991) The Spitzer Quality of Life Index: its performance as a measure, in D. Osoba (ed.) *Effect of Cancer on Quality of Life*. Boston, MA: CRC Press.

Woods, N.F., Lentz, M., Mitchell, E. and Oakley, L.D. (1994) Depressed mood and self-esteem in young Asian, black and white women in America. *Health Care and Women International*, 15: 243–62.